

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**

**№ 3 (13), 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](mailto:psychea@mail.ru), [dongournal@mail.ru](mailto:dongournal@mail.ru)

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

УДК 616.89-02-083(477)

*О.К. Напрєєнко, В.В. Домбровська***СТАН ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ У 2003 РОЦІ ТА В ОСТАННЄ ДЕСЯТИРІЧЧЯ, ШЛЯХИ ЇЇ ВДОСКОНАЛЕННЯ**

Міністерство охорони здоров'я України, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Ключові слова: психіатрична допомога, шляхи вдосконалення

Абсолютна кількість психічнохворих у диспансерних та консультативних групах в Україні в 2003 році порівняно з попереднім періодом дещо зменшилась і становила 1 181 435 пацієнтів (в 2002р. - 1 190 705 осіб, в 2001р. - 1 202 024, в 2000р. - 1 202 549, в 1999р. - 1 199 334; в 1994р. - 1 160 812).

В той же час показник поширеності психічних захворювань суттєво не змінився: у 2003р. він склав 2 472 (у 2002р. становив 2 468, у 2001р. - 2 449, у 2000р. - 2 432, у 1999р. - 2 406; у 1994р. - 2 236 на 100 тис. населення. За останнє десятиріччя відбулось деяке збільшення цього показника, в основному за рахунок неспсихотичних психічних розладів: в 2003р. - 1 223, в 2002р. - 1 226, в 2000 - 1 222, в 1999 - 1 210, в 1998 - 1 174; в 1994р. - 1 077 на 100 тис. населення.

Загальна кількість випадків первинного захворювання на психічні розлади помірно зменшилась: у 2003р. - 115 842, у 2002р. - 120 012 особи. Серед них на неспсихотичні розлади - 82 603, тобто 173 на 100 тис. населення (71,3 % від усього числа захворівших), в 2002р. - 85 498, тобто 177 на 100 тис. населення (71 % від усього числа захворівших). Такий розподіл психопатології відповідає світовим тенденціям, що пов'язано зі зростанням неблагоприємних соціально-психологічних та інших чинників, які викликають межові порушення психіки. На психотичні розлади в 2003 р. захворіло 19 706 осіб, тобто 41,2 на 100 тис. населення, що складає 17 % усіх захворівших (в 2002 р. відповідно 19 633, 41 та 16 %). З легким та помірним ступенем розумової відсталості в 2003 р. було 12 116 дорослих хворих, з іншими формами розумової відсталості (F 72 - 79, за МКХ - 10) - 1 417.

Кількість психічно хворих дітей за останні десять років зменшилась: у 2003р. їх нараховувалось 204 090 осіб, у 2002р. - 211 190, у 2001 - 220 576, у 2000р. - 226 204, у 1999р. - 229 628; у 1994р. - 242 574. Показник поширеності психіч-

них розладів серед дітей у 2003р. дорівнював 2 709, у 2002р. - 2 656, у 2001р. - 2 617, у 2000р. - 2 563, у 1999р. - 2 486; у 1994 р. - 2 251 на 100 тис. дитячого населення. Певне зростання цього показника також відбувається, в основному, за рахунок неспсихотичних психічних розладів. Дітей з розумовою відсталістю в 2003р. було 40 337 осіб. Показник поширеності розумової відсталості за останні 5 років дещо знизився і становив у 2003р. - 535 на 100 тис. дитячого населення (у 2002р. - 632, у 2001р. - 620, у 2000р. - 563, у 1999р. - 550; в 1994р. - 496).

Триває поступове зростання кількості інвалідів за психічним захворюванням: в 2003 р. - 253 695, в 2002р. - 251 880, у 2001р. - 249 008, у 2000р. - 247 458, у 1999р. - 241 022, у 1998р. - 238 166. Показник поширеності випадків інвалідності за даним профілем у 2003р. склав 531 на 100 тис. населення, 2002р. - 522, в 2001р. - 508, в 2002р. - 495, в 1999р. - 483, в 1998р. - 474; в 1994 р. - 444. При цьому первинно визнаних інвалідами зазначеного профілю в 2003р. було 12 561 особа, в 2002р. - 13 175, в 2001р. - 13 655, в 2000 р. - 13 486, в 1999 р. - 13 025. В попередніх роботах [1-6] вже було вказано, що в період з 1992 по 1995р.р. показник первинного виходу на інвалідність за психічним захворюванням зріс трохи не вдвічі (з 45 до 80 на 100 тис. населення), а за подальший період знизився більш як у три рази, і потім стабілізувався: у 2003р. - 27, у 2002р. 27, у 2001р. - 28, у 2000р. - 27, у 1999р. - 26, 1998р. - 27 на 100 тис. населення. Проте, як і всюди у світі, саме психічні захворювання утримують одне з перших місць серед причин інвалідизації. Так, за прогнозами Асоціації американських психіатрів (2000), депресії як інвалідизуючий фактор у 2020 - 2030р.р. вийдуть на перше місце, тобто випередять серцево-судинні захворювання.

Порівняно з 1995 роком кількість госпіталізованих психічно хворих зменшилась більше ніж

на 20 000 у рік: в 2003р. було здійснено 244 391 госпіталізацію, в 2002р. - 245 478, в 2001р. - 243 878, в 2000р. - 242 782, в 1999р. - 242 846; в 1995р. - 264 415. В наступні роки зменшення кількості госпіталізованих психічнохворих є доцільним тільки за умови посилення амбулаторної ланки психіатричної служби. Але на сьогодні цьому заважає недостатня чисельність та низький рівень спеціальної психіатричної підготовки сімейних лікарів, і значна перевантаженість дільничних психіатрів, особливо дитячих та підліткових. В останні роки Міністерством охорони здоров'я України вжито заходи (Наказ № 870 від 2000р. «Про впровадження принципів сімейної медицини в систему охорони здоров'я») з метою підготовки необхідної кількості сімейних лікарів, достотно обізнаних у питаннях психіатрії, підвищення потужності амбулаторної психіатричної допомоги та зменшення показників госпіталізації психічнохворих.

У 2003 р. спроби самогубства скоїли 1 054 пацієнтів з психічними захворюваннями (завершені - 270, з них в стаціонарі - 19). В 2002р. всього - 1 160 (в стаціонарі - 26), що становить 3,0 випадки суїцидальних спроб на 100 тис. населення; у 2001р. - 1 235 (завершені - 324, в стаціонарі - 18); у 2000р. - 2 713, тобто 5,5 на 100 тис.; у 1999р. - 2 509, тобто 5,0 на 100 тис.; у 1998р. - 2 480, тобто 4,9 на 100 тис. населення. Наведені дані вказують на потребу розширення мережі суїцидологічних кабінетів, телефонів довіри, кризових стаціонарів та здійснення інших відповідних заходів. З цією метою створено та знаходиться на затвердженні проект «Типового положення про службу невідкладної психологічної допомоги «Телефон довіри».

Загальна смертність психічно хворих (з ураженням наркологічних) в 2003р. суттєво не змінилась. Так у 2002р. померло 2 758, таких осіб тобто 5,7 на 100 тис.; у 2001р. - 2 622, тобто 5,4 на 100 тис.; у 2000р. - 2 713, тобто 5,5 на 100 тис.; у 1999р. - 2 509, тобто 5,0 на 100 тис.; у 1998р. - 2 480, тобто 4,9 на 100 тис. населення.

Показник лікарняної летальності у 2003р. становив 1,275 на 100 тис. населення; у 2002р. - 1,3 на 100 тис. населення, дитячої лікарняної летальності - 0,009 на 100 тис. дитячого населення.

Суттєву роль у вдосконаленні психіатричної допомоги має відіграти посилення відповідної роботи у первинних медико-соціальних ланках, в тому числі більш ефективне функціонування сімейних лікарів щодо раннього виявлення пси-

хічних та психосоматичних розладів, надання невідкладної психіатричної допомоги, адекватного систематичного (підтримуючого, протирецидивного) лікування, динамічного спостереження пацієнтів, проведення профілактичних заходів та реабілітації хворих. Цій проблемі було присвячено низку науково-практичних конференцій та видано відповідні клінічні керівництва: «Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я» (1999), «АМСЗ. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: Информационно-скрининговый пакет» (2000) тощо.

У 2003р. в Україні функціонувало 89 психіатричних (психоневрологічних) лікарень та 34 психоневрологічних диспансери. Відповідно, в 2002р. їх було 90 та 33; в 2001р. - 89 та 33, в 2000р. - 88 та 34, в 1999р. - 88 та 35; У психіатричних лікарнях в 2003р. було розгорнуто 45 957 психіатричних ліжок, крім того 240 - було в психосоматичних відділеннях загальносоматичних лікарень. У 2002р. в психіатричних лікарнях було 44 986 ліжок (плюс в психоневрологічних диспансерах - 2 953), у психосоматичних відділеннях - 225 ліжок; в 2001р. - психіатричних ліжок - 45 426; у 2000р. - 46 144, у 1999р. - 48 758; у 1994р. - 64 151. Тобто, за останнє десятиріччя майже на 10 тисяч скоротилась кількість стаціонарних психіатричних ліжок для дорослих. Забезпеченість психіатричними ліжками зменшилась з 124 на 100 тис. населення (у 1995 р.) до 96 (у 2003 р.). При цьому у 2003р. показники роботи психіатричних стаціонарів були такими: дні роботи - 333,8; середня тривалість перебування на ліжку - 53,7; оберт ліжка - 6,2; у дитячих стаціонарах, відповідно, 324,5; 33,6; 9,7; у 2002 р., відповідно щодо стаціонарів для дорослих, - 333, 9; 55,6; 6,0; для дітей - 326,3; 33,0; 9,8.

Відбуваються зміни, хоча і менш помітні, у кількості дитячих психіатричних ліжок: у 2003р. - 2 093, що складає 27,8 ліжка на 100 тис. дитячого населення; відповідно у 2002р. - 2 205 та 28; у 2001р. - 2 255 та 27, у 2000р. - 2 311, у 1999 р. - 2 452, у 1998р. - 2 500.

Одже за останнє десятиріччя відбулось суттєве скорочення ліжкового фонду стаціонарних психіатричних закладів. По мірі підвищення потужності амбулаторної ланки психіатричної служби ця тенденція матиме своє продовження.

У психіатричних закладах системи Міністерства охорони здоров'я України на кінець 2003р. було 4 258,25 посад лікарів-психіатрів, що становило 8,9 посади на 100 тис. населення, уком-

плектованість фізичними особами - 81,9%. Відповідно у 2002р. - 4 280 та 8,9, у 2001р. - 4 265 та 8,7, у 2000р. - 4 195 та 8,5; у 1999р. - 4 327 та 8,0. Посад дитячих психіатрів у 2003р. - 506 (6,7 на 100 тис. дитячого населення, укомплектованість - 83,2 %), у 2002р. - 514,5 (6,5 на 100 тис., укомплектованість - 81,2%). Психотерапевтів, відповідно, у 2003р. - 322,5; 0,67; 70,8%; у 2002 р. - 324,5; 0,67; 69,7%. Лікарів-психологів у 2003р. - 38,3; 0,08; 34,0%; у 2002р. - 33,5; 0,07; 35,8%. Сексопатологів у 2003р.- 71,8; 0,15; 73,7%; у 2002 р. - 73,3; 0,15; 73,7%. Судово-психіатричних експертів у 2003р. - 155,5; 0,33; 57,2%; у 2002р. - 146,8; 0,3; 62,0%. Це цілому задовільняє потреби міського населення. Однак, забезпеченість психіатричної допомоги в сільських регіонах недостатня. Так, у центральних районних лікарнях на кінець 2003р. було 592,0 штатних посад лікарів-психіатрів, з них зайнятих - 553,3 дитячих психіатрів, відповідно, 76,5 та 66,8; забезпеченість психіатрами - 3,8 на 100 тис. сільського населення, дитячими психіатрами - 2,7 на 100 тис. дитячого сільського населення; в 2002р. - 612,5 посад лікарів-психіатрів, з них зайнятих - 579,0, в тому числі дитячих психіатрів, відповідно, 78,0 та 72,5, забезпеченість психіатрами - 3,6 на 100 тис. сільського населення, дитячими психіатрами - 2,4 на 100 тис. дитячого населення.

Одним з напрямків покращення ефективності діагностики психічних розладів та їх психопрофілактики має стати більш активне впровадження медичної психології в практичну роботу всіх медичних галузей. Позитивну перспективу в цьому плані створило відкриття у 2001 році факультетів медичної психології у Національному медуніверситеті ім. О.О. Богомольця (м. Київ) та Буковинській медичній академії (м. Тернопіль), а в 2002 році - у Вінницькому національному медичному університеті ім. Н.І. Пірогова. Обговорюється доцільність створення подібних навчальних підрозділів в інших містах. Робоча група Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти і науки України завершує створення Галузевого стандарту вищої освіти «Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110110 - медична психологія, напрямку підготовки 1101 - медицина», а також нового рекомендованого списку навчальних дисциплін і Навчального плану зазначених факультетів. Такі заходи сприятимуть подоланню неуккомплектованості медичних закладів зазначеними спеціалістами. Ця проблема має невідкладно вирішуватись, оскільки у 2003 році

було зайнято в Україні тільки 272 посади психолога та 27 посад лікаря-психолога, що приблизно вчетверо менше від існуючих потреб. Триває робота по забезпеченню підготовки цих спеціалістів навчально-методичною літературою.

Слід констатувати, що за останні 5-10 років ситуація у психіатричній галузі в Україні щодо певних напрямків покращилась. Так, практично зникли прояви політичних зловживань в психіатрії; спеціалісти, що надають психіатричну допомогу, окрім біологічної спрямованості, стали більше приділяти уваги особистісно-орієнтованій з використанням психоаналітичного, біхевіорального та інших підходів; у 1998 році служба перейшла на форму звітності за МКХ -10, що створило умови для подальшої її інтеграції у світову психіатричну спільноту; двері психіатричних закладів стали «відчинені» для численних представників вітчизняних та іноземних державних та громадських організацій; завдяки більшій «відкритості» психіатрії, широкому висвітленню її проблем у засобах масової інформації, залученню до вирішення цих проблем громадських організацій (родичів хворих та інших), фондів, церкви, позитивно змінюється відношення суспільства до психіатричної служби, психічно хворих, на краще міняється їх соціальний статус.

Вперше за історію існування української психіатрії у 2000 році набув чинності основний державний документ, який регламентує здійснення психіатричної допомоги в межах правових норм цивілізованих країн - Закон України «Про психіатричну допомогу», який висвітлює головні концептуальні протиріччя сьогодення. Так, правова конценція попередніх відповідних положень захищала в основному психічно здорових осіб від експансії психіатрії і менше уваги приділяла психічно хворим, їх родичам та медичним працівникам. Цей закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод особистості, встановлює обов'язки державних органів щодо захисту прав і законних інтересів тих, хто страждає на психічні розлади, сприяє створенню належних умов для надання їм психіатричної допомоги та якісного рівня їх життя в суспільстві, а також визначає права та обов'язки осіб, які надають психіатричну допомогу. Найбільш принциповою відмінністю Закону в порівнянні з тією нормативною базою, яка діяла до теперішнього часу, а саме Наказом МОЗ СРСР від 21 березня 1988 року № 225 «О мерах по дальнейшему совер-

шенствуюванню психіатричної допомоги» є «Презумпція психічного здоров'я (розділ I, ст. 3 Закону). Впровадження Закону сприяє приведенню ідеології розвитку психіатричної служби України у відповідність до європейських стандартів. Після прийняття Закону розроблено, затверджено та впроваджено близько 40 відповідних підзаконних актів.

В 2003 році продовжувалось вдосконалення нормативно-правової бази служби охорони психічного здоров'я. Задля цього пропозиції щодо перегляду психотропної групи Національного списку життєво необхідних лікарських засобів, проектів Закону України «Про основи національної безпеки України», Закону України «Про внесення змін до деяких законів України (щодо заборони проведення розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів з використанням гіпнозу)», «Концепції системи соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю», «Концепції комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в місті Києві». Принципово важливою складовою реформування психіатричної допомоги стане впровадження галузевих стандартів діагностики, лікування, профілактики і реабілітації - «Проколів надання медичної допомоги населенню», проект яких створено провідними науковцями України, зараз доопрацьовується і буде подано до затвердження. Робоча група спеціалістів, створена МОЗ, Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології, Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України закінчують підготовку проекту цільової програми поліпшення стану психічного здоров'я населення. Вона розробляється в рамках Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, що затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 року № 14.

Незадовільним залишається рівень реабілітаційної та соціальної допомоги психічно хворим, що в першу чергу зумовлено недостатньою кількістю та підготовленістю соціальних працівників у психіатрії (як і в усіх інших галузях народного господарства). Значною мірою це пов'язано з низьким рівнем фінансування соціальної роботи і невизначеністю правового статусу таких спеціалістів в медицині.

Як і в попередній період в 2003 р. проблеми теоретичної та практичної психіатрії обговорювались на цілій низці наукових і науково-практичних форумів. Найбільш представницькими з них були: Міжнародна школа-семінар «Акту-

альні проблеми профілактики, корекції і лікування депресій в психіатричній, наркологічній та загальносоматичній практиці» (м. Київ); Пленум науково-практичного товариства невропатологів, психіатрів і наркологів України сумісно з Науково-практичним товариством нейрохірургів (м. Миргород) та ін. Не меншу роль відіграли й численні регіональні конференції психіатрів і суміжних спеціалістів. Виходячі з рішень цих форумів і інформації, наданій в цій статті, можна зробити нижченаведені висновки.

Протягом останніх років психіатрична допомога в Україні набула певного прогресивного розвитку. Проте, крім вже зазначених, слід назвати й низку інших нагальних її проблем:

1. Фінансування матеріально-технічної бази психіатричної служби, забезпечення стаціонарних хворих належним харчуванням і лікарськими засобами, пільгового надання медикаментів певним категоріям пацієнтів не відповідає Постанові Кабінету Міністрів України №1303 від 17.08.98 «Про порядок впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та певних категорій хворих». Одним з шляхів подолання цього недоліку є збільшення фінансування психіатричної служби з місцевих бюджетів і позабюджетних коштів та активне впровадження принципу змішаного фінансування (безоплатного з держбюджету та за рахунок надання платних послуг) з перспективою розвинення економічних засад страхової медицини.

2. Потрібно більш ретельно переглянути профілізацію ліжкового фонду психіатричних лікарень. Доцільним є відкриття денних стаціонарів і відділень сестринського нагляду, психосоматичних відділень у багатопрофільних лікарнях, збільшення місць у будинках-інтернатах для психохроніків та геріатричних інтернатах, створення гуртожитків та інших місць мешкання осіб, які страждають на психічні розлади та втратили родинні зв'язки.

3. До штатного розкладу психіатричних закладів потрібно ввести посади соціальних працівників.

4. Більшої уваги потребує відновлення роботи лікувально-виробничих підприємств. Важливим в цьому плані є вирішення питання їх пільгового оподаткування та відповідний перегляд типового положення про ці підприємства. Необхідним є збільшення кількості робочих місць із спеціальними умовами праці на підприємствах для інвалідів за психічним захворюванням.

5. Слід підвищити рівень психіатричної допомоги дітям і підліткам у сільській місцевості, в тому числі шляхом створення реабілітаційних центрів для психічнохворих цієї вікової групи.

6. Найважливішою задачею є вдосконалення амбулаторної психіатрії як в міській, так особливо в сільській місцевості. В сільських районах, в яких працює лише один лікар-психіатр, доцільним є зміцнення амбулаторної ланки психіатричної служби шляхом внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 за № 33 «Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного персоналу і працівників кухонь центральних районних і районних лікарень сільських районів, центральних районних поліклінік

сільських районів, міських лікарень і поліклінік (амбулаторій) міст і селищ міського типу з чисельністю населення до 25 тис. чоловік».

7. Потребують розробки та практичного вирішення питання захисту прав працівників психіатричних закладів, в тому числі у випадках досягнень на їх здоров'я з боку психічно хворих.

8. З метою усунення стигматизації психічнохворих і системи охорони психічного здоров'я всі її працівники повинні регулярно висвітлювати у засобах масової інформації та використовувати інші шляхи популяризації серед населення знань з психогігієни, психопрофілактики, реабілітації та ресоціалізації осіб з психіатричними проблемами.

*А.К. Напреенко, В.В. Домбровская*

## **СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ В 2003 ГОДУ И В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ, ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

Министерство здравоохранения Украины, Национальный медицинский университет  
им. А.А. Богомольца

В статье представлена динамика распространенности и структуры психических расстройств, проанализированы показатели госпитализации и инвалидности в связи с психическими заболеваниями взрослого и детского населения Украины за последние 10 лет. Описана структура психиатрических учреждений, их обеспеченность стационарными койками и соответствующими специалистами, уделено внимание подготовке последних. Сделаны выводы о настоящем состоянии психиатрической помощи и путях ее совершенствования. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.3-7)

*О.К. Napryeyenko, V.V. Dombrovskaya*

## **STATE OF PSYCHIATRIC ASSISTANCE IN UKRAINE IN 2003 AND DURING LAST TEN YEARS AND WAYS OF IS IMPROVEMENT**

Ministry of health of Ukraine, National medical university of A.Bogomolets

In the article dynamics of psychic disorders dissemination and structure is submitted the parameters of hospitalization and inability in connection with mental disorders of the adult and children's population of Ukraine for last 10 years are analyzed. The structure of psychiatric entities, their providing with bunks and conforming specialists is described, the attention is given to their training.

The conclusions about the present condition of the psychiatric assistance and ways of its advancing are made. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.3-7)

### *Література*

1. Закон України «Про психіатричну допомогу», 2000.
2. Москаленко В.Ф., Напреенко О.К., Домбровська В.В. Стан та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні //Український вісник психоневрології.-Т. 8, вип. 1 (23), 2000.- С. 4-7.
3. Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г., Напреенко О.К. Стан психіатричної допомоги в Україні на кінець 2000 року та перспективи її розвитку //Вісник психічного здоров'я.-№ 1-2, 2001.- С. 5-13.
4. Напреенко О.К., Домбровська В.В. Сучасний стан (2002 рік) та шляхи вдосконалення психіатричної допомоги в Україні //

Архів психіатрії.- Т.9, № 4 (35), 2003.- С. 6-9.

5.Проблеми організації соціально-психіатричної і психотерапевтичної служби в Україні / Михайлов Б.В., Напреенко А.К., Квасневский А.Л. и др. //Вопросы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Материалы науч.-практ. конф. (Берлингоды, 4-5 июня 1998 г.).- Харьков, 1998.- С. 4-12.

6. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку / Гойда Н.Г., Жданова М.П., Напреенко О.К., Домбровська В.В. //Український вісник психоневрології. - Т. 10, вип. 2 (31), 2002.-С. 9-12.

Поступила в редакцію 14.05.2004

УДК 616.89.1-02:616-00128

*К.Ю. Антинчук***НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД**

Науковий центр радіаційної медицини АМН України

Ключові слова: нейропсихологія, Чорнобиль, іонізуюче випромінювання

Останнім часом накопичується все більше клінічних і експериментальних доказів стосовно вразливості головного мозку людини до дії іонізуючого випромінювання [1-4]. В останні роки частіше відмічається формування в УЛНА на ЧАЕС екзогенно-органічних форм ураження головного мозку, а також розвиток психоорганічних синдромів різного ступеня вираженості [4,5].

Відомо, що навіть малі дози низької інтенсивності викликають інтерцелюлярні реакції в корі півкуль головного мозку, гіпокампі, стовбуровій області та мозочку [6].

На даний час виділені та описані нейропсихологічні синдроми, характерні для ураження відповідних структурно-функціональних зон мозку [7,8].

Вкрай дискусійною залишається проблема локалізації уражень головного мозку внаслідок впливу іонізуючого випромінювання.

Вельми цікавими є результати незалежних найсучасніших досліджень наслідків радіотерапії. Проводились дослідження когнітивних функцій осіб, що одержали профілактичне опромінення голови або тотальне опромінення в клініці онкології. Результати виявилися діаметрально протилежними.

З одного боку, проведення певних тестів на інтелект, увагу та пам'ять показало відсутність клінічно вимірюваних ознак радіаційного ура-

ження вищих психічних функцій ЦНС [9,10].

З іншого боку, існують дані про те, що в групах опромінених, незалежно від прогресування основного (онкологічного) захворювання, форми, локалізації пухлини та гістологічного діагнозу, має місце значне зниження за когнітивними тестами та більш тяжка лейкоенцефалопатія, яка корелювала зі зниженням пам'яті та пізнавальними порушеннями, дефіцит слухової уваги та усного навчання. Вчені вважають, що вплив радіотерапії на мозок сильно впливає на розвиток вербальних та невербальних функцій [11-13].

Клінічні, нейропсихофізіологічні та нейровізуалізаційні (магніторезонансна томографія) дослідження останніх років вказують на наявність як кортикальної дисфункції, так і атрофічних змін кори великих півкуль, особливо в лобних та скроневих долях в ліквідаторів [4].

У зв'язку з цим представляє інтерес визначення ролі певних ділянок головного мозку в розвитку порушень вищих психічних функцій в структурі органічного ураження головного мозку (енцефалопатії) в осіб, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на ЧАЕС.

Мета дослідження: Визначити переважну локалізацію порушень вищої нервової діяльності при органічних психічних розладах у віддалений період впливу іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи.

**Матеріал та методи дослідження**

В дослідження були включені 102 чоловіки, учасники ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС 1986 р. з органічними психічними розладами віком від 35 до 55 років ( $M \pm SD - 44,21 \pm 5,94$  років) на момент обстеження (основна група) з верифікованим дозовим навантаженням від 0,3 до 6,0 Зв, з них 52 особи, що перенесли ГПХ (підгрупа 1). Контрольну групу склали 23 практично здорові чоловіки віком від 36 до 55 років

( $M \pm SD - 43,50 \pm 5,65$  років). Розподіл пацієнтів основної та контрольної групи по віку відповідав нормальному. Обстежені основної та контрольної груп були мешканцями міста. Рівень оцінки житлово-побутових умов та матеріального забезпечення сімей осіб основної та контрольної груп статистично не відрізнявся. Серед кількості пацієнтів основної та контрольної груп, що мають вищу, середню спеціальну та загаль-



ну середню освіту, статистично достовірних розбіжностей виявлено не було. За оцінкою вираженості шкідливих звичок достовірних розбіжностей також не виявлено.

Величини сумарної поглинутої дози опромінення пацієнтів основної групи знаходились в діапазоні 0,3 – 6,0 Зв, середня поглинута доза ( $M \pm SD$ ) –  $1,54 \pm 0,886$  Зв. Середня величина сумарної поглинутої дози опромінення пацієнтів підгрупи 1 ( $M \pm SD$ ) зіставляла  $2,24 \pm 0,886$  Зв, а підгрупи 2 –  $0,58 \pm 0,34$  Зв, ( $z=12,32$ ;  $p<0,001$ ). Були обстежені особи, що зазнали впливу одноразового гострого опромінення.

Всі обстежені проходили повне нейропсихологічне дослідження за експериментальною методикою [7] з якісною та кількісною оцінкою результатів. Успішність виконання кожного завдання була ранжирувана за 4-х бальною системою – 0, 1, 2, 3. При цьому оцінка «0» – відсутність помилок, оцінки «1», «2» і «3» відповідно означають слабо виражені порушення, середнього ступеню та грубі

### Результати дослідження та їх обговорення

При дослідженні право-ліворукості було встановлено, що у 100 (98,04%) обстежених осіб основної групи ведучою рукою була права, 2 (1,96%) особи вважали себе ліворукими, але в дитинстві їх навчили писати правою рукою. Звертає на себе увагу той факт, що під час виконання моторних проб 35 (34,31%) осіб основної групи віддавало перевагу лівій руці, і 67 (65,69%) – правій. Згідно об'єктивного моторного тесту (розміщення кілочків в дошці з отворами) на порівняння швидкості виконання проб правою та лівою руками 11 (10,78%) осіб основної групи швидше виконували проби лівою рукою. В контрольній групі всі обстежені були праворукими.

Мовна ініціатива часто була зниженою, виражена тенденція до використання мовних штампів, однак також неодноразово після активного спонукання з боку дослідника відмічалася багатомовність, зіскокування на побічні асоціації. Розуміння (відчуження) змісту слів, вдержання мовного ряду, розуміння флективних відношень, розуміння відносин між предметами, розуміння конструкцій родового відмінку, розуміння інвертованих конструкцій, розуміння проб Хеда не страждало. В 62 (60,78%) осіб основної групи спостерігалися елементи акустико-мнестичної афазії. Під час експериментального дослідження виявлена недостатність відображеної мови у вигляді легких та помірних порушень повторення серій слів у 64 (62,5%) осіб та повторення серій слогів у 96 (94,5%) осіб.

розлади. Аналіз та кваліфікація дефекту проведена на основі принципів, розроблених О.Р.Лурія [8].

Виявлення право-ліворукості проводилось за опитувальником Аннетт та допоміжними моторними тестами [7].

Дослідження вербальної пам'яті проводилось за допомогою тесту аудиторно-вербального навчання Рея (The Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT) [14].

Тест «Швидкість слів» було використано для дослідження швидкості довільних асоціативних процесів, тест «Кольорові слова Струпа» [15] для виявлення порушень регуляції інтелектуальної діяльності. Для дослідження процесів мислення були використані методики «Суттєві ознаки» та «Прості аналогії» [16].

Електронні таблиці Excel 4,0 (MS Windows) використані як структура баз даних для накопичування, зберігання і аналізу інформації. Статистичний аналіз проведено за допомогою параметричних та непараметричних критеріїв.

Спроможність до фонематичного аналізу, як то визначення кількості букв в словах, аналіз слів по одній та по двом фонемам в осіб основної групи не відрізнялося від контролю. Читання вголос і про себе у всіх хворих було відносно збережено, але запам'ятовування прочитаного неповноцінно. При збереженні писання слів та фраз під диктовку, у багатьох хворих спостерігався наполегливий негативізм, відмова від самостійного писання на запропоновану тему. Частіше це було зв'язане з відсутністю змоги скласти план розповіді. Якщо план розповіді пропонувався дослідником, написання не викликало утруднення.

В сфері праксиса у пацієнтів основної групи виявлена легка або помірна динамічна апраксія, порушення реципрокної координації, утруднення заучування та вдержання рухових програм, як видно з табл. 1. Сфера гнозиса у обстежених була відносно збережена.

Пацієнти основної групи демонстрували помітне зниження інтересів, ініціативи, завзятості і наполегливості в цілеспрямованій діяльності. Відзначені когнітивні порушення у вигляді погіршення планування, формування довгострокових цілей, зниження здатності мобілізувати ресурси особистості для досягнення цих цілей, можливості передбачення очевидних наслідків в майбутньому, здібності до розробки і реалізації альтернативних проблемно-вирішальних стратегій, а також одночасного виконання декількох задач.

## Ступінь порушення виконання субтестів набору нейропсихологічних методик

Назва субтесту	Основна група (n=102) M±m	Z	P	Контрольна група (n=23) M±m
Повторення серій слів	0,69±0,07	4,78	<0,001	0,18±0,08
Повторення серій слогів-триграм	1,56±0,08	8,11	<0,001	0,45±0,11
Повторення серій слів в умовах інтерференції	2,44±0,07	11,88	<0,001	0,55±0,14
Повторення слогів в умовах інтерференції	2,42±0,07	8,44	<0,001	0,73±0,16
Реципрокна координація	1,54±0,07	7,67	<0,001	0,55±0,11
Динамічні проби справа	2,11±0,11	13,89	<0,001	0,18±0,08
Динамічні проби зліва	1,74±0,12	10,72	<0,001	0,17±0,08
Вирішення арифметичних завдань	1,77±0,11	9,90	<0,001	0,36±0,08
Впізнання «зашумлених» предметів	0,65±0,06	4,16	<0,001	0,23±0,08
Запам'ятовування предметних зображень в умовах інтерференції	1,70±0,08	10,14	<0,001	0,36±0,11
Запам'ятовування «напіввербалізованих» зображень в умовах інтерференції	1,56±0,09	8,47	<0,001	0,18±0,08
Проба «тертій зайвий»	0,66±0,14	2,93	<0,01	0,18±0,08

Дослідження вербальної пам'яті за методикою Рея виявило статистично достовірне зниження безпосереднього запам'ятовування та короткочасної пам'яті порівняно з контролем.

В пацієнтів, що перенесли ГПХ результати

були гіршими, але статистично достовірних розбіжностей виявлено не було.

Крива запам'ятовування в основній групі за формою відповідала нормальній, але показники її були на 1,5–2,5 бали нижчі, ніж в контролі (Рис. 1).

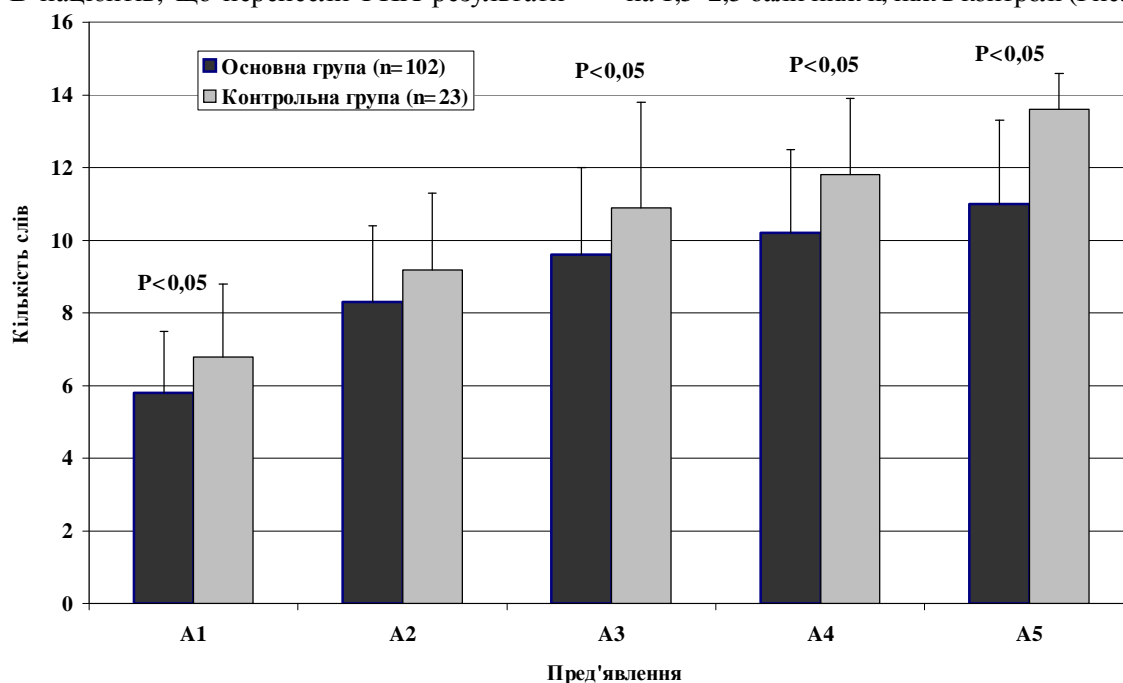


Рис. 1. Крива запам'ятовування

Значні відхилення від норми визначилися в ході дослідів з інтерференцією. Виявлене явище ретроактивної інтерференції свідчить про значне виснаження механізмів регуляції процесу відтворення вербальної інформації. Описане в літературі підвищення ретроактивної інтерференції відносно проактивної свідчить про порушення роботи фронто-медіальних центрів вищих регуляторних функцій, що спостерігається у хворих на шизофренію [17]. Страждало також довгострокове відтворення в основній групі ( $7,41 \pm 3,21$ ) порівняно з контролем ( $11,73 \pm 2,61$ ).

Порушень короткочасної зорової пам'яті виявлено не було, що до пред'явлення вербалізованих предметних зображень, так і до напіввербалізованих зображень. Але значні порушення зафіксовані в досліді з інтерференцією: рівень порушень (від 0 до 3 балів) під час пред'явлення вербалізованих стимулів був вищим ( $1,70 \pm 0,08$ ), ніж під час пред'явлення напіввербалізованих ( $1,56 \pm 0,09$ ). Значних порушень довгострокової зорової пам'яті виявлено не було.

Експериментально-психологічне дослідження процесів довільного запам'ятовування виразно показало особливий характер як порушення мнестичних процесів, так і мнестичної діяльності в цілому. Характерною для обстежених була тактика виконання завдань. Пацієнти, як правило, зовсім не враховували помилковості відтворених ними слів та не виправляли неврно відтвореного ряду, не цікавилися успішністю виконання тестів. Такий симптом, як включення вільних асоціацій, в літературі описано тільки у хворих з ураженням лобних ділянок головного мозку [18].

Якісний аналіз порушень виявив, що в основній групі спостерігались помірні або виражені порушення нейродинаміки, що проявлялися уповільненістю, аспонтанністю, зниженням працездатності, коливаннями уваги, імпульсивністю, важкістю входження у завдання.

Пацієнти не виявляли ознак первинного порушення рахунку; розуміння розрядної будови числа в них, як правило, було збережене, окремі добре упрочені операції складання, віднімання, множення та ділення виконувалися без особливих труднощів (див. табл.1).

Але під час вирішення арифметичних задач проявлялися симптоми порушення активної уваги і недостатності механізмів довільної регуляції. В ході рішення хворі могли спотворювати завдання, опускати або деформувати питання, іноді замінювати рішення фрагментарними, імпульсивними операціями. Крім помилок

імпульсивного характеру, спостерігалось відтворення стереотипних схем вирішення, відмічалися спроби вирішити задачу шляхом «примірювання», без формування загального плану дій, виявлялися інтелектуальні персеверації у вигляді неможливості переключення на новий спосіб вирішення задачі. Неутримання умови особливо чітко виявлялося під час усного пред'явлення завдання.

Відсутність потрібної «стратегії» або плану вирішення задачі, випадіння фази попереднього орієнтування в її умові та заміна повних інтелектуальних операцій фрагментарними, імпульсивними діями – все це було типовим для обстежених. Найчастіше у пацієнтів основної групи виявлялися такі патологічні симптоми: імпульсивність у 68 осіб (67%), стереотиповість у 49 (48%), неутримання умови у 64 (63%), відсутність плану вирішення задачі у 65 (64%).

Суттєві порушення виявлялися в той час, коли завдання потребувало виходу за межі простих та добре закріплених арифметичних операцій, тобто коли розрахункові операції ускладнюються та розділяються на ряд послідовних, взаємно підпорядкованих ланок.

Багато хто з пацієнтів був не в змозі вдержати умови завдання та, повторюючи їх, виявляв фрагментарність, не відображав логічну систему зв'язків, з яких потрібно зробити висновки, при чому часто в ході повторення умови найсуттєвіша частина її – питання задачі – випадала, заміщуючись ехолалічним повторенням одного з елементів умови. Однак, навіть правильне повторення умови запропонованої задачі ще не призводило до правильного її вирішення.

Інтересно, що коли дослідник розкладав задачу на окремі питання, які він послідовно задавав пацієнту, завдання могло бути вирішене без проблем. Однак, якщо після цього хворому давали для самостійного вирішення аналогічну задачу, всі труднощі поверталися знову. Часто пацієнти давали імпульсивні відповіді і були не в змозі пояснити, чому вони так відповіли.

Розпаду системи відокремлених понять не спостерігалось. Основне утруднення, що виявлялося у пацієнтів, полягало у виникненні неконтрольованих побічних асоціацій. Особливо виразно це зісковзання на побічні зв'язки та нестійкість логічних операцій проявляється в таких пробах, де вимагається вибрати з п'яти слів одне, що знаходиться з попереднім у відношеннях, аналогічних відношенню між словами попередньої пари. В цьому варіанті кожне з запропонованих слів збуджує які-небудь асоціації з

заданим словом. Часто пацієнт не в змозі вибрати з усіх зв'язків, що напливають, потрібний.

Виявлялося статистично достовірне зменшення кількості слів (асоціацій) під час виконання тесту «Швидкість слів» в основній групі

порівняно з контролем, як показано в табл. 2, а також специфічні помилки у вигляді інактивності – у 81 осіб (79%), повторів – у 32 осіб (31%), важкості переключення – у 86 осіб (85%) та «зупинок мислення» – у 86 осіб (85%).

Таблиця 2

**Результати тесту «Швидкість слів» пацієнтів основної та контрольної групи**

Підбір слів на відповідну літеру	Основна група (n=102) M±SD	Z	P	Контрольна група (n=23) M±SD
Т	9,27±3,61	5,81	<0,001	13,55±2,98
А	6,8±3,1	4,31	<0,001	9,45±2,46
К	10,58±3,99	5,14	<0,001	14,18±2,64
ТВАРИНИ	16,39±5,22	4,92	<0,001	21,18±3,79

Порушення асоціативного потоку свідчать про порушення регуляції інтелектуальної діяльності та відповідають даним, одержаним під час дослідження хворих з фронтальною деменцією [18].

У осіб 1 підгрупи (ГПХ) достовірно гіршими були параметри асоціативного процесу та

мислення, а саме неутримання умови завдання, відсутність плану вирішення арифметичних задач, зниження асоціативного процесу, специфічні зупинки мислення, інактивність. Все це свідчить про порушення функції планування та контролю діяльності, які притаманні лобним формациям головного мозку.

Таблиця 3

**Кольорові слова Струпа. Кількість елементів, названих за 45 секунд**

Субтести	Основна група (n=102) M±y	Z	P	Контрольна група (n=23) M±y
Читання слів (W)	82,43±17,12	6,5	<0,001	99,45±8,57
Називання кольорів (C)	61,42±13,73	0,4	>0,05	62,45±9,86
Кольорові слова (WC)	35,19±10,42	2,45	<0,05	39,0±4,94
WC* = W · C / (W + C).	35,06±7,31	2,83	<0,05	38,69±4,86

Суттєві розбіжності між пацієнтами основної та контрольної групи виявилися під час виконання тесту «Кольорові слова Струпа» (див. табл. 1), який вважається чутливим для виявлення порушень регуляції при дисфункції лобних ділянок головного мозку [17,18]. Літературні дані свідчать про те що результати RAVLT та тесту Струпа негативно корелюють з розширенням шлуночкової системи мозку [14].

Одержані результати дозволяють довести, що в порушеннях когнітивної діяльності в обстежених осіб, відіграють структури передніх відділів лівої півкулі головного мозку, що відповідають за одержання та переробку вербальної інформації, планування, регуляцію та контроль.

Надані докази порушення регуляції інтелектуальної діяльності в поєднанні з елементами акустико-мнестичної афазії та порушеннями контролю за виконанням рухових програм свідчать про порушення роботи фронто-медіаль-

них центрів вищих регуляторних функцій. По даним деяких авторів аналогічні розлади пам'яті та фронтальні порушення зв'язані з дифузним ураженням головного мозку, рухові порушення зв'язані з ураженням ядер шкарлупи (putamen) [19]. Послаблення асоціативних корково-підкоркових зв'язків на морфологічному рівні може бути зв'язане з атрофією клітин, зменшенням кількості працюючих синапсів та зниженням щільності білої речовини головного мозку.

Таким чином можна стверджувати про наявність у обстежених нейропсихологічних синдромів ураження лівої скроневої та лобної ділянок, а також серединних утворень в структурі органічного ураження головного мозку.

Згідно теорії трьох функціональних блоків мозку, провідним симптомокомплексом є порушення довільної регуляції діяльності (третій блок), що спостерігається на фоні відносно де-

фіцитарності енергетичного забезпечення психічної активності (перший блок), операційні ком-

поненти діяльності (другий блок) не виявляють суттєвих патологічних змін.

*Е.Ю. Антипчук*

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД

Научный центр радиационной медицины

Исследование показало наличие симптомов поражения левой височной области в виде элементов акустико-мнестической афазии, симптомов нарушения высших форм регуляции у виде дефектов контроля, программирования мнестической, интеллектуальной и двигательной деятельности. Явление ретроактивной интерференции, симптомы нарушения динамических компонентов психической деятельности в виде повышенной тормозимости следов в условиях интерференции свидетельствуют о нарушении работы фронто-медиальных центров высших регуляторных функций.

У лиц, облученных в результате Чернобыльской катастрофы в дозах 0,3–6,0 Зв, имеет место комплексное органическое поражение головного мозга, которое включает структуры левого полушария головного мозга, а именно кору левой височной и лобной области с их корково-подкорковыми связями. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.8-13).

*К.Ю. Антипчук*

## NEUROPSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS BY THE PERSONS IRRADIATED AS RESULT OF CHERNOBYL ACCIDENT

Scientific Center for Radiation Medicine

As a result of the investigation there was found symptoms of disorders of the fronto-medial regulations centers, including modal — non-specific disorder of the short-term memory, narrowing of volume of activity, fluctuation of a level of efficiency, that testifies the weakening of the modal — non-specific factor of «activation»; the symptoms testifying the weakening of the «forward» (frontal) factors; symptoms of disfunction of the left temporal area. The persons irradiated as result of Chernobyl accident the organic structurally–functional deterioration of the brain takes place having complex character and occupying frontal parts and left temporal area with the system of cortical-subcortical communications, possible at several anatomic levels, and also deep brain structures (diencephal formation and subcortical motor ganglions). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.8-13).

### Література

1. Психофизиологические последствия облучения / А.И. Нягу, К.Н. Логановский, К.Л. Юрьев, Л.Л. Здоренко // *Int. J. Rad. Med.* — 1999. — Vol. 2, № 2. — P. 3–24.
2. Жаворонкова Л.А., Гогитидзе Н.В., Холодова Н.Б. Пострадиационные изменения асимметрии мозга и высших психических функций право- и леворуких субъектов // *Журн. высш. нервн. деят. им. И.П. Павлова.* — 2000. — Т. 50, № 1. — С. 68–79.
3. Flor-Henry P. The influence of radiation on the left hemisphere and its relationship to the increased incidence of schizophrenia and chronic fatigue syndrome in the victims of the Chernobyl nuclear reactor catastrophe // Тезисы докл. 3-й Междунар. конф. «Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы: итоги 15-летних исследований». — *Int. J. Rad. Med., Special Issue.* — 2001. — Vol. 3, № 1–2. — P. 39–40.
4. Верифікація органічного ураження головного мозку у віддалений період гострої променевої хвороби / К.М.Логановський, О.М.Коваленко, К.Л.Юр'єв, М.О.Бомко, К.Ю. Антипчук, Н.В.Денисюк, Л.Л.Здоренко, А.П.Россоха, А.Ш.Чорний, Г.В.Дубровіна // *Український медичний часопис, 2003 – №6 (38) – XI/XII.* — С. 70-78.
5. Ревенок О.А. Структурно-динамічна характеристика органічного ураження головного мозку в осіб, що зазнали впливу іонізуючих випромінювань внаслідок аварії на Чернобыльській атомній електростанції (клініко-катамнестичне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Укр. НДІ соціальної та судової психіатрії МОЗ України. — К., 1999. — 35 с.
6. Белоусова Т.В., Ушакова Г.А. Динамика изменений гепарин-связывающей активности белков мозга крыс после фракционного воздействия ионизирующего излучения низкой интенсивности. // *Радиационная биология, радиозоология.* — 2003. — №43(1). — С.44-48.
7. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейropsychологической диагностики. Стройлеспечатль, Санкт-Петербург. — 1997. — 304 с.
8. Лурія А.Р. Основи нейропсихології. — М: Изд. МГУ, 1973 — 374с.
9. Wenz F., Steinvoth S., Lohr F., Fruehauf S., Wildermuth S., van Kampen M., Wannenmacher M.. Prospective evaluation of delayed

- central nervous system (CNS) toxicity of hyperfractionated total body irradiation (TBI) // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2000. — № 48(5). — P. 1497-1501
10. Vines E.F., Le Pechoux C., Arriagada R. Prophylactic cranial irradiation in small cell lung cancer // *Semin. Oncol.* — 2003. — № 30(1). P. 38-46.
11. Kieffer-Renaux V., Bulteau C., Grill J., Kalifa C., Viguier D., Jambaque I. Patterns of neuropsychological deficits in children with medulloblastoma according to craniospatial irradiation doses // *Dev. Med. Child Neurol.* — 2000. — № 42(11). — P. 741-745.
12. Von der Weid N.; Swiss Pediatric Oncology Group (SPOG). Late effects in long-term survivors of ALL in childhood: experiences from the SPOG late effects study // *Swiss Med. Wkly.* — 2001. — №131(13-14). — P. 180-187.
13. Surma-aho O., Niemela M., Vilkki J., Kouri M., Brander A., Salonen O., Paetau A., Kallio M., Pyykkonen J., Jaaskelainen J. Adverse long-term effects of brain radiotherapy in adult low-grade glioma patients // *Neurology.* — 2001. — № 56(10). — P.1285-1290.
14. Geffen, Gina M; Butterworth, Peter; Geffen, Laurie B (1994). Test-retest reliability of a new form of the Auditory Verbal Learning Test (AVLT). // *Arhives of Clinical Neuropsychology.* — 1994. — № 9(4). — С.303-316.
15. Lezak M. *Neuropsychological Assessment.* 3rd Edition. — New York: Oxford University Press. — 1995.
16. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. ЛЕНАТО, Санкт-Петербург. — 1998. — 166 с.
17. Torres IJ, Flashman LA, O'Leary DS, Andreasen NC. Effects of retroactive and proactive interference on word list recall in schizophrenia. // *J. Int. Neuropsychol Soc.* — 2001 № 7(4). — С.481-490.
18. Rouleau I, Imbault H, Laframboise M, Bedard MA. Pattern of intrusions in verbal recall: comparison of Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and frontal lobe dementia. // *Brain Cogn.* — 2001 № 46(1-2). — С.244-249.
19. Alegret M, Junque C, Pueyo R, Valldeoriola F, Vendrell P, Tolosa E, Mercader JM. MRI atrophy parameters related to cognitive and motor impairment in Parkinson's disease. // *Neurologia.* — 2001. — №16(2). — С.63-69.

Поступила в редакцию 14.05.2004

УДК 616.89

*М.В. Маркова, О.О. Зайцев***МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕГОДИСТОННОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: егодистонна сексуальна орієнтація, патопсихологічна діагностика.

Егодистонна сексуальна орієнтація (ЕСО) являє собою психічний розлад, при якому індивід повністю усвідомлює свою статеву ідентифікацію та характер сексуальної переваги, але бажає змінити їх, бо має на цьому ґрунті психологічні та поведінкові порушення, які призводять до виникнення соціальних і особистих проблем. Загальними критеріями діагностики ЕСО є постійна потреба у зміні своєї статевої орієнтації за умови її повного усвідомлення та психологічний дискомфорт внаслідок неприйняття своєї статевої ідентифікації.

ЕСО може виникнути у будь-якому віці, але в переважній більшості випадків – в періоді адолесценції (від 16 до 21 року), значно менше – у періоді ранньої зрілості (до 35 років). Біологічним підґрунтям цього є той факт, що у молодому віці має місце тісний взаємозв'язок між фізичним, психічним і статевим розвитком [1], а також те, що у цей віковий період на фоні загальної уразливості психіки саме сексуальна сфера є найбільш вразливою. Тобто у юнацтві завершується психосексуальний розвиток, відбувається формування психосексуальної орієнтації, вибір об'єкту статевого потягу з його індивідуальними особливостями – статевою приналежністю, типом зовнішності, статури, стилем поведінки, тощо [2]. Крім того, слід зазначити, під час становлення сексуальності статевої потягу є мало диференційованим [3].

Усе вищезгадане стає біопсихосоціальною основою для можливого формування у молодій людини ЕСО, яка за відсутності своєчасного медико-психологічного втручання зберігається протягом усього життя та значно погіршує його якість. Небезпека ЕСО полягає ще в тому, що відбувається пролонгація внутрішньособистісного конфлікту, його глобалізація, повна фіксація індивідуума на своїх психосексуальних проблемах. Крім того, це, як правило, призводить до виникнення коморбід-

них психічних розладів невротичного рівню (тривожних, депресивних, тривожно-депресивних, фобічних), формування агресивних форм зовнішньої поведінки, високого суїцидального ризику на ґрунті психосексуальних проблем та/або можливої стрімкої алкоголізації (наркотизації), соціальної дезадаптації. Тому своєчасна та якісна психодіагностика ЕСО в загальній психіатричній та сексологічній практиці на сучасному етапі є актуальною.

Метою нашого дослідження стала оптимізація діагностики ЕСО та розробка психодіагностичного алгоритму на основі комплексного структурованого методологічного підходу.

Досягнення визначеної мети потребувало вирішення наступних завдань. По-перше, застосування максимально повного арсеналу сучасних психодіагностичних методик під час обстеження молодиків з ЕСО для визначення найбільш ефективних та діагностично значущих для цієї патології, по-друге, формування комплексної структурованої системи психодіагностики, яка складається з чотирьох окремих блоків, що спрямовані на всебічне вивчення найбільш уразливих при ЕСО рівнів (особистісного, невrogenного, психосексуального та психосоціального).

В процесі дослідження нами обстежені студенти чоловічої статі (віком від 17 до 21 року), які навчалися на I-V курсах різних вузів: 41 – в Національному медичному університеті ім. О.О.Богомольця, 61 – у Київському політехнічному університеті «КПІ», 53 – в Донецькому державному медичному університеті ім. М.Горького, 39 – в Київському національному університеті культури і мистецтва, 36 – в Краматорському економіко-гуманітарному інституті. Із загальної кількості обстежених у 14 виявились ознаки, що відповідають діагностичним критеріям МКХ-10 стосовно психологічних та поведінкових розладів, які пов'язані з статевим розвитком та сексуальною орієнтацією (F 66), а саме, ЕСО (F 66.1).

**Результати дослідження та їх обговорення**

Першим етапом в нашій роботі стало вивчення особистісної сфери (перший психодіагнос-

тичний блок). Особливості особистості, наявність акцентуацій або психопатій досліджува-

ли за допомогою, перш за все, патохарактерологічного діагностичного опитувальнику (ПДО) А.Є. Лічко и Н.Я. Іванова (1981) (це вважалося цілком доцільним, враховуючи спрямованість даної методики на осіб молодого віку) [4].

Вивчення характерологічних особливостей за опитувальником ПДО проводили в два етапи. Спочатку обстежуваному пропонували в кожному наборі стандартних тверджень вибрати саме привабливе для нього і відповідний номер внести в реєстраційний лист. На другому етапі з тих же наборів було запропоноване відібрати саме невідповідне, відкидане твердження, і також відзначити його номер. Отримані результати оцінювали по двох шкалах: об'єктивної і суб'єктивної оцінок. За допомогою шкали об'єктив-

ної оцінки встановлювали рівень психопатизації особи. Результати цього дослідження, які ілюстровані даними табл. 1, дозволили уточнити типологічну приналежність характеру обстежених, тобто типи акцентуації і психопатій, що особливо важливо, враховуючи їх поєднаний характер у питомої ваги обстежених.

Аналіз даних таблиці показує очевидне переважання нестійкого та лабільного радикалів в структурі особистості, що підтверджує результати, отримані при дослідженні психічного статусу молодиків. Виявлені їх поєднання частіше за все наголошуються і серед змішаних типів акцентуації і психопатій. Також чималу частку в структурі особистості обстежених мали істероїдний, шизоїдний та психастенічний радикали.

Таблиця 1

Розподіл обстежених за типом особистісного радикала

Тип радикала	Г	Ш	П	Е	І	Л	С	Ц	А	К	Н
Гипертімний	-				2			3		-	1
Шизоїдний		3	1	2	-		2		-	-	2
Психастенічний		1	2				3		2	2	
Епілептоїдний		2		-	3				-	-	2
Істероїдний	2	-		3	1	2			1	-	3
Лабільний					2	-	2	4	-	1	4
Сензитивний		2	3			2	1		1	1	
Циклоїдний	3					4		-			
Астено-невротичний		-	2	-	1	-	1		-	1	2
Конформний	-	-	2	-	-	1	1		1	1	-
Нестійкий	1	2		2	3	4			2	-	-
Всього	6	10	10	7	11	13	10	7	7	6	14

■ - «чисті (незмішані) типи»

■ - непоєднані типи (за А.Є. Лічко, 1985)

Крім діагностики типу акцентуації і психопатії, використання об'єктивної шкали ПДО дало можливість отримати ще цілий ряд додаткових діагностичних показників, а саме: 1) показники дисимуляції і відвертості, що дозволили оцінити ступінь достовірності результатів обстеження; 2) показник віддзеркалення реакції емансипації – прагнення звільнитися від конт-

ролю, опіки старших; 3) показник психологічної схильності до алкоголізації; 4) показник психологічної схильності до делінквентності; 5) показник мужності-жіночності, що дозволяє судити про переважання тих або інших якостей в загальній системі особових відносин. Результати цього дослідження представлені в табл. 2.

## Розподіл і вираженість додаткових діагностичних показників за ПДО у обстежених

Показник	Відсутній		Слабо виражений		Помірно виражений		Різко виражений	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
Схильність до делінквентності	5	35,7	5	35,7	3	21,4	1	7,1
Схильність до алкоголізації	2	14,2	4	28,6	5	35,7	3	21,4
Реакція емансипації	1	7,1	5	35,7	4	28,6	4	28,6
Конформність	3	21,4	5	35,7	3	21,4	3	21,4

Крім того, досить інформативним у нашому дослідженні виявився тест Кеттелла (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 1970) [5], за допомогою якого ми також оцінювали індивідуально-психологічні особливості особистості. Результати, які були отримані за використання цієї методики, дозволили визначити психологічну своєрідність основних підструктур темпераменту і характеру молодих людей з ЕСО. Причому ми брали до уваги те, що кожен фактор містить не тільки якісну і кількісну оцінку внутрішньої

природи людини, але і містить у собі її характеристику з боку міжособистісних відносин.

З наявних показників по всім 16 факторам збудували так називаний «профіль особистості». При інтерпретації приділили увагу, у першу чергу, максимальним показникам профілю, тобто найбільш низьким і найбільш високим значенням факторів у профілі, особливо тим показникам, що у «негативному» полюсі знаходяться в границях від 1 до 3 стенів, а в «позитивному» – від 8 до 10 стенів. Дані цього обстеження представлені в табл. 3.

Таблиця 3

## Результати обстеження отримані за допомогою опитувальника 16-ФОО (Cattell R., 1979)

Фактори	«-»					«+»				
	Стенів									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Високі			Середні			Високі			
1. А	2	1	2	3	2	1	1	1	1	-
2. В	-	-	-	-	1	2	3	3	3	2
3. С	1	2	2	3	2	1	1	1	1	-
4. Е	2	2	1	1	2	2	2	1	1	-
5. F	1	2	2	3	2	2		1	1	-
6. G	-	1	3	3	2	2	2	1	-	-
7. Н	2	3	3	3	2	1	-	-	-	-
8. I	-	-	-	-	1	2	3	3	3	2
9. L	3	3	3	1	-	-	-	1	2	1
10. М	-	1	-	1	1	1	2	3	3	2
11. N	-	-	-	1	-	2	2	3	3	3
12. О	-	-	-	-	1	2	3	3	2	3
13. Q <sub>1</sub>	3	3	3	2	1	1	1	-	-	-
14. Q <sub>2</sub>	2	3	3	3	2	-	1	-	-	-
15. Q <sub>3</sub>	2	2	3	3	1	1	1	1	-	-
16. Q <sub>4</sub>	-	-	-	1	1	1	3	2	3	3

Аналізуючи вищевказані дані, ми згрупували окремі фактори за блоками по трьох напрямках і одержали такі результати:

1. Емоційно-вольовий блок: фактори: С (емоційна стійкість) і G – (ступінь соціальної нормованості й організованості) мали досить се-

редні показники; О (ступінь тривожності) показав високий рівень депрессивності, боягузтва, часті погані передчуття, залежність від настрою; Q<sub>3</sub> – високий ступінь внутрішніх напружень, наявність унутрішньоособистісного конфлікту, спонтанність у поведженні, підпорядкованість



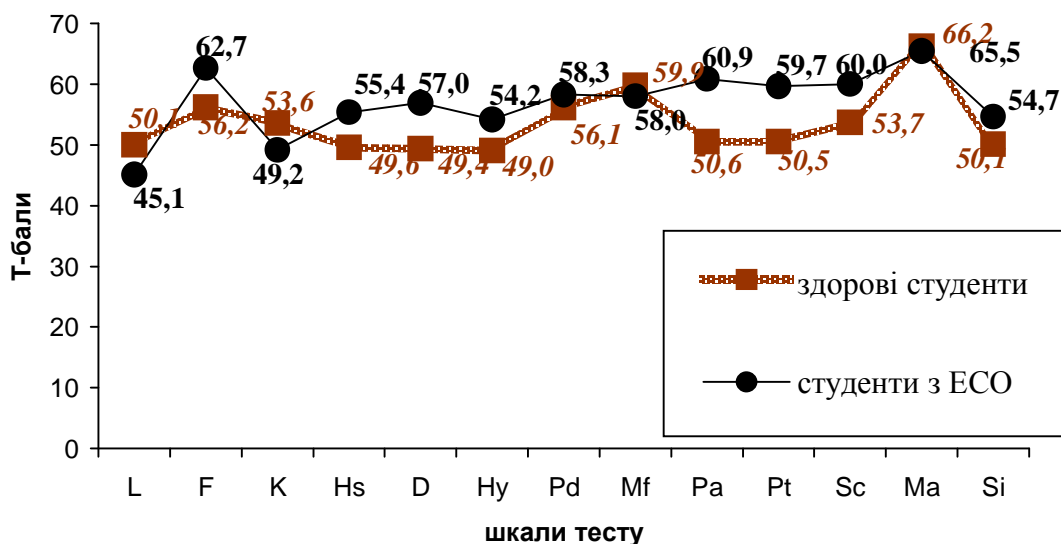
своїм пристрастям; Q4 – рівень розвитку самоконтролю та, у той же час, достатню дисциплінованість, точність у виконанні соціальних вимог, гарний контроль за своїми емоціями, турбота про свою репутацію.

2. Комунікативний блок: фактори: А (відкритість, замкнутість) – показав на холодність, замкнутість, скептичність і в той же час на достатню гнучкість у відносинах з людьми; Н (сміливість) – крайню ступінь нерішучості; L (відношення до людей) також показав на замкнутість, ревність, зайву замисленість, а також легку роздратованість; Е (ступінь домінування – підпорядкованості) – зазначив, що обстежені у переважній більшості м'які, поступливі, залежні, ласкаві, м'якосерді, часто дають волю почуттям, легко впадають у сум'яття, соромливі, та також показав високий ступінь їхньої конформності; N (динамічність) – вишукано-витончені, рафіновані, естетично розбірливі, дещо шляхетні, добре розуміють себе та інших, честолюбні, з високим ступенем самоконтролю, але трохи невпевнені, незадоволені; Q2 (залежність від групи) – ще раз підтвердив конформні риси: залежність від чужої думки, віддання переваги ухваленню рішення разом з іншими людьми, орієн-

тованість на соціальне схвалення.

3. Інтелектуальний блок: фактори: В (загальний рівень інтелекту) – досить виявив високий його рівень у більшості досліджених; М – (рівень розвитку уяви) – показав заглибленість у себе, зацікавленість мистецтвом, теорією, сенсом життя, багату уяву, у той же час, безпомічність в практичних справах, а також високу вірогідність істеричних аномалій; Q1 (сприйнятливості до нового, радикалізм) – виявив високий ступінь консерватизму, тобто прагнення до підтримки встановлених понять, норм, принципів, традицій, сумнів у нових ідеях, заперечення необхідності змін, але й зазначив наявність скептицизму, інтелектуальних інтересів і сумнівів з приводу фундаментальних проблем.

Результати, отримані за допомогою ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 1940) [6] дозволили нам узагальнити картину особистісних відмінностей обстежених з ЕСО та порівняти їх з узагальненим психологічним профілем гомогенної порівняльної групи, яка складалася з осіб без будь-яких психологічних та поведінкових розладів, які пов'язані з статевим розвитком та сексуальною орієнтацією (F 66) (рис. 1) [7].



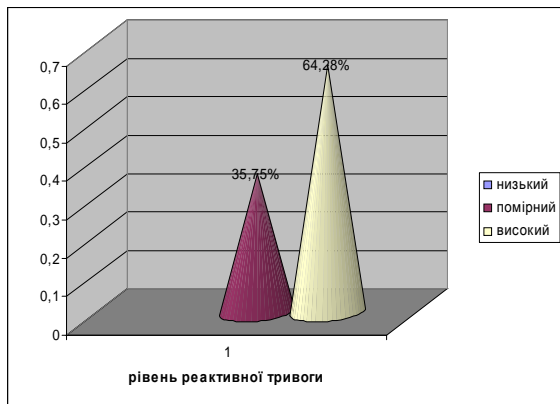
**Рис.1.** Усереднені профілі ММРІ студентів без психічних і поведінкових розладів та обстежених з ЕСО.

В обох профілях домінує шкала Ма, з помірним підвищенням по Мf і Pd. Однак, якщо в групі здорових показники інших шкал близькі до середньостатистичного (50T), то у студентів з ЕСО профіль трохи піднімається, що відбиває визначену напруженість адаптаційних механізмів. Вірогідно вище стають шкали L ( $t = 2,45$ ;  $p < 0,05$ ), Hs ( $t = 2,18$ ;  $p < 0,05$ ), Pa ( $t = 3,82$ ;  $p < 0,001$ ) і Sc ( $t = 2,40$ ;  $p < 0,05$ ). У цих молодиків вище, ніж у їхніх здорових ровес-

ників, показники за усіма шкалами вірогідності: L ( $t = 2,87$ ;  $p < 0,01$ ), F ( $t = 3,62$ ;  $p < 0,001$ ), K ( $t = 2,29$ ;  $p < 0,05$ ), а також більшість клінічних шкал: Hs ( $t = 3,05$ ;  $p < 0,01$ ), D ( $t = 3,17$ ;  $p < 0,01$ ), Hy ( $t = 3,25$ ;  $p < 0,01$ ), Pa ( $t = 5,07$ ;  $p < 0,001$ ), Pt ( $t = 3,99$ ;  $p < 0,001$ ), Sc ( $t = 2,91$ ;  $p < 0,01$ ), Si ( $t = 2,64$ ;  $p < 0,05$ ). Під впливом вищезгаданих тенденцій усереднений профіль обстежених з ЕСО має вид '968.

Оскільки при ЕСО одним з провідних симп-

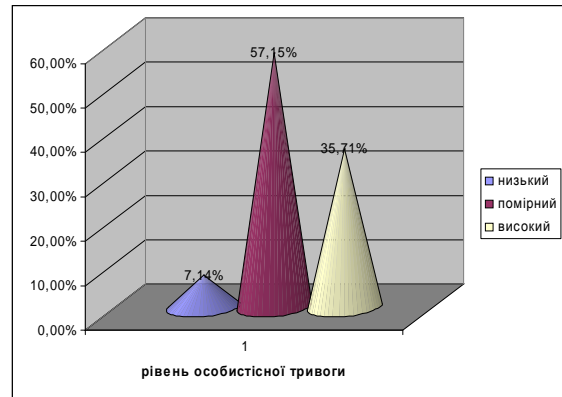
томів є тривожні та/чи депресивні розлади невротичного регістру у зв'язку із неприйняттям своєї статевої ідентифікації, нами запропоновано обов'язкове визначення ступеню невротич-



**Рис. 2.** Рівень реактивної тривоги у молодиків з ЕСО.

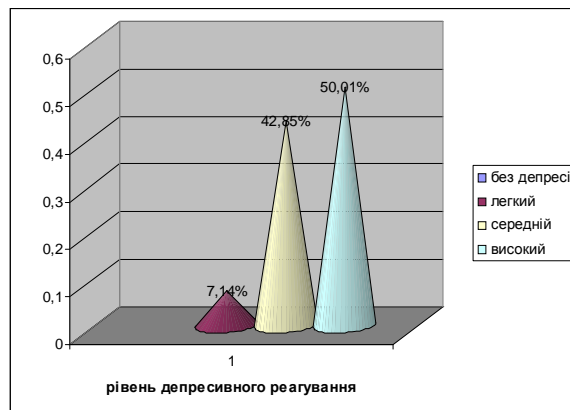
Для уточнювання ситуативного генезу тривоги використовували восьмикольоровий тест Люшера (Lusher M., 1956) [9], який також ефективно визначив наявність та високий ступінь вираженості латентної фрустрації у обстежених.

ного реагування індивіда (другий психодіагностичний блок). Рівень особистісної та реактивної тривоги вивчали за методикою Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна [8] (рис. 2,3).



**Рис. 3.** Рівень особистісної тривоги у юнаків з ЕСО.

Окрім того, високий рівень показників депресивного реагування нами діагностовано за шкалою Цунга (Zung W.K., Durham N.C., 1965) [10] та підтверджено результатами застосування опитувальника Бека [11] (рис. 4).



**Рис. 4.** Ступінь виразності депресивного реагування у студентів з ЕСО.

До третього психодіагностичного блоку ми включили методики щодо вивчення особливостей психосексуальної сфери.

Конкретизація психосексуальної орієнтації, виразність дифузного еротизму, рівень латентної сексуальної агресії, гендерні пріоритети визначалися нами за допомогою методики проективного переліку (Z. Starowicz, 1991) [12]. Для цього обстеженим пропонували закодувати себе (тобто свою особистість) згідно з рядом абстрактних уявлень за такою схемою: неживий предмет – трав'яниста рослина – дерево – тварина – музичний інструмент – казковий персонаж – артист цирку. Методика була також розширена нами за рахунок введення таких параметрів, як оцінка уявлень понять окремо «чоловік» і «жінка» по тій же схемі,

що дозволило поглибити вивчення самооцінки випробовуваного, уточнити його психосексуальну орієнтацію і установку. Найбільш якими прикладами кодування власного образу у обстежених були такі: «обручка з діамантами» – «тюльпан» – «лаврове дерево» – «пума» – «саксофон» – «гоблін» – «конференс'є» або «зламаний аудіоплеєр» – «польовий васильок» – «кльон» – «мишеня» – «шарманка» – «казковий принц» – «сумний клоун»; а образ жінки (як особи протилежної статі): «каміння» – «ромашка» – «берізка» – «кішка» – «балалайка» – «Червона шапочка» – «жонглерка». Таким чином, для обстежених з ЕСО характерними виявилися перенесення дещо зневажливого відношення до себе або, навпаки, відсторонньо-казкової думки про себе. Щодо жіночого образу, переважа-

ли перенесення відчуженого настороженого або зневажливого ставлення.

Застосування методики проективного переліку, окрім простоти у її виконанні та інтерпретації, надає змогу усунути захисні реакції випробовуваних, а ігровий характер дозволяє наблизитись до «compliance»-ефекту під час дослідження.

Маскулінні та фемініні риси особисті на рівні Я-концепції вивчали за допомогою статевої ACL-шкали А.В.Нейбрун [13], що, власне, і включає дві субшкали – маскулінності та фемінінності. Кожна з цих субшкал є набором ознак, характеризуючих маскулінність як інструментальність (діловитість, цілеспрямованість, напористість, агресивність, схильність до суперництва, недостатня міжособистісна чутливість) і фемінінність як експресивність (емоційність, міжособистісна чутливість і комунікативна компетентність).

ACL-шкала орієнтована на андрогінну статевою модель, згідно якої маскулінність та фемінінність є незалежними утвореннями, тобто індивід може бути одночасно як високомаскулінним, так і високофемініним. За останніми даними [14], вказана шкала є чутливою до соціального рівня маскулінності/фемінінності, тобто вона відображає статевою Я-концепцію індивіда.

Для поглиблення інформації щодо статевою поведінки обстежених з ЕСО нами була використана друга статевою шкала – психосексуальна пропорція Dur-Moll L.Szondi [15], яка дозволяє діагностувати маскулінність на біогенному рівні. Виявилось, що у всіх молодиків індекс біогенної маскулінності був знижений. При цьому обстежені мали високі показники захисної (фасадної) маскулінності, високі показники фемінінності на рівні Я-концепції і понижену фемінінність на біогенному рівні.

Таким чином, можна говорити про те, що у обстежених юнаків спостерігається інфантильна статевою модель і дискордантність (неузгодженість) між фасадною маскулінністю і біогенною фемінінністю. Наявність ЕСО усугубляє цю дискордантність та приводить до зростання фасадної, тобто однієї з форм псевдомаскулінності.

Щодо вивчення самооцінки власних сексуальних можливостей, наявності сексуальної стурбованості та сексуальної депресії нами використовувалась шкала сексуальності W.E. Shell, D.R.Papini (1989) [16], яка включає три субшкали: 1) самооцінку своїх сексуальних можливостей; 2) сексуальну стурбованість; 3) сексуальну депресію. Це вважалось цілком доцільним тому, що психосексуальний status quo людини, якість її статевого життя залежить, у тому числі, від на-

явності/відсутності сексуальної тривожності, еро-тофобії, тобто установки реагувати негативними емоціями на сексуальні ситуації, низької оцінки власних сексуальних можливостей у порівнянні з можливостями інших, сексуальної депресії, тобто тенденції до переживання суму і зневіри з приводу власних здібностей у сексуальній сфері, високої сексуальної стурбованості (тенденції думати тільки про свої сексуальні негаразди).

Останнім психодіагностичним блоком є психосоціальний, де ми вивчали глибокі порушення у комунікативній сфері (за допомогою тесту Т.Лірі (T. Leary, 1957)) [17].

Особливістю методики є те, що кожний обстежуваний при заповненні опитувальника відзначає наявність тих або інших психологічних якостей у самого себе, у партнера, а також відзначає ті якості, якими він сам хотів би володіти, які хотів би бачити у свого партнера, і виділяє риси, які, за його уявленням, партнер повинний виділити у нього самого. Тим самим дана методика забезпечує інтерпретацію якостей як в клінічному, так і в мікросоціальному плані, характеризуючи, наприклад, разом із ступенем вираженості контактних властивостей особи, рівень її домагань та індивідуальної експектації. Таким чином, методика, будучи багатоаспектною, в той же час дозволяє визначити наявність конфліктних комунікаційних зон.

Якщо перший ступінь виявленої якості характеризує адаптивний варіант міжособистісних відносин (тенденція до лідерства, упевненість в собі, вимогливість, скептицизм, поступливість, довірливість, добросердість, чуйність), то посилювання тих же якостей до третього ступеня представляє собою дезадапційний варіант (деспотичність, самозакоханість, жорстокість, негативізм, пасивна підкорюваність, залежність, надмірний конформізм, жертвовність).

Дослідження проводяться по шести аспектах міжособистісних відносин, які характеризують наступні психологічні тенденції: 1) тенденцію до лідерства – владність – деспотичність; 2) упевненість в собі – самовпевненість – самозакоханість; 3) вимогливість – непримиренність – жорстокість; 4) скептицизм – упертість – негативізм; 5) поступливість – лагідність – пасивну підкорюваність; 6) довірливість – слухняність – залежність; 7) добросердя – несамостійність – надмірний конформізм; 8) чуйність – безкорисливість – жертвовність.

Серед наших обстежених превалював субмісивний варіант взаємостосунків з перевагою на поступливість – лагідність – пасивну підкорюваність.

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного дослідження, нами пропонується психо-

діагностичний алгоритм на основі комплексно-структурованого методологічного підходу до діагностики ЕСО, який довів свою ефективність при діагностиці даної патології. Батарея психодіагностичних методик, що використані нами в даній роботі, є оптимальною, валідною і досить інформативною для діагностики психологічних та поведінкових розладів, які пов'язані з статевим розвитком та сексуальною орієнтацією. Розподіл запропонованої нами комплексної структурованої системи психодіагностики на чотири

окремих блоки, які сприяють всебічному вивченню сфер життєдіяльності, що є найбільш уразливими при ЕСО, вважається доцільним та практично значущим у повсякденній роботі спеціалістів відповідного профілю.

Треба зазначити, що завдяки своєчасній діагностиці ЕСО та адекватній комплексній психологічній корекції, треба очікувати повне прийняття індивідумом своєї статевої приналежності або сексуальної орієнтації та формування комфортної для нього егосинтонної сексуальної орієнтації.

*М.В. Маркова, А.А. Зайцев*

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СИСТЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭГОДИСТОННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины

На основе комплексного структурированного методологического подхода к диагностике эгодистонной сексуальной ориентации предлагается патопсихологический диагностический алгоритм, эффективность которого доказана в ходе исследования. Батарея патопсихологических методик, использованных в данной работе, является оптимальной, валидной и достаточно информативной для диагностики психологических и поведенческих расстройств, связанных с половым развитием и сексуальной ориентацией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.14-20)

*M.V. Markova, A.A. Zaytsev*

## METHODOLOGICAL AND METHODICAL BASES OF PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTIC SYSTEM OF THE EGODISTONEN SEXUAL ORIENTATION

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Substance Abuse

On the basis of complex structural methodological approach to diagnostics of egodistonen sexual orientation the algorithm of pathopsychological diagnostic which proved it's efficiency is offered. The battery of the pathopsychological methods used in the given work is optimum, validity and enough informing for diagnostics of the psychological and behavior disorders related to sexual development and sexual orientation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.14-20)

### *Література*

1. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). — Изд. 2-е, доп. и перераб. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
4. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. Пособие: В 2 кн. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. — С. 208-236.
5. Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M., Handbook for Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF) in Clinical, Educational, Industrial and Research Physiology. Illinois, 1970.
6. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.
7. Гавенко Н.В. Діагностика, первинна профілактика та корекція дезадаптивних психічних реакцій та станів у студентів-медиків, які навчаються на молодших курсах вузу (1-3 курс). Автореф. ... канд.мед.н. 14.01.16 — психіатрія, Харків, 2003. — 18 с.
8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2001. — 672 с.
9. Маришук В.Л., Блудов Ю.М., Плахтиенко В.А., Серова Л.К. Методики психодиагностики в спорте. — Москва: Просвещение, 1990. — 255 с.
10. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие / В.Д.Балин, В.К.Гайда, В.К.Горбачевский и др. // Под общей ред. А.А.Крылова, С.А.Маничева. — СПб: из-во «Питер», 2000. — 560 с.
11. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: «Горнадо», 2003. — 350 с.
12. Старович З. Судебная сексология: Пер. с польского. — М.: Юрид. лит. 1991. — С. 169-171.
13. Heilbrun A.V. Human sex role behavior. — N.Y.: Pergamon, 1981. — 207p.
14. Кочарян А.С. Личность и половая роль. — Харьков: Основа, 1996. — 127с.
15. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostic. — Bern und Stuttgart: Verlag H.Huber, 1960. — 269 s.
16. Діденко С.В. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків: Навчальний посібник К.: Інститут післядипломної освіти Київського національного університету ім.Тараса Шевченка, 2003. — С. 318-320.
17. Беседин А.Н., Липатов И.И., Тимченко А.В., Шапарь В.Б. Книга практического психолога: Часть 1. Часть 2. — Х.: РИП «Оригинал», фирма «Фортуна-пресс», 1996.

Почтупила в редакцию 30.06.2004

УДК 616.89-008-053

*М.П. Боро***ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЛЮДЕЙ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ РЕЛИГИОЗНЫЕ СЕКТЫ**

Донецкая областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: секты, психологические, психические нарушения

Вопросы психопатологии религии в отличие от психологии религии остаются недостаточно изученными. Вместе с тем в настоящее время они приобретают все большую актуальность в связи широким распространением на территории Украины не всегда контролируемой деятельности многочисленных религиозных организаций, в том числе тоталитарных деструктивных религиозных сект, наносящих во многих случаях ущерб нравственному, психическому и физическому здоровью человека, его личности. Чаще всего в них вовлекается молодежь.

Данные, полученные Центром по правам человека в Женеве, свидетельствуют о том, что в мире, включая Украину и другие страны СНГ, в настоящее время существует большое количество псевдорелигий, эксплуатирующих понятие веры. В современном представлении вера – признание чего-либо истинным без достаточных на то оснований.

В религии вера обеспечивает распространение в обществе религиозных представлений, тянется к сверхъестественному восприятию мира. Она выражает эмоционально-чувственное отношение к предмету веры. Поэтому она несет в себе заряд эмоций и чувств. Дефицит знаний восполняется эмоциональным воображением, фантазией, субъективным, личностным отношением к предмету веры.

Вера и внушение неразделимы. Вера – главное условие внушения. Без нее внушение не состоится. Вместе с тем сформированная и укрепленная вера становится результатом, итогом внушения, которым наиболее изощренно манипулируют в деструктивных и тоталитарных сектах.

Во внушение вера выступает как выражение психологической установки, повышения внушаемости, готовности принять внушаемое. Внушение не состоит и без воображения, трансформируемого во вну-

шение при наличии располагающей психологической установки, выражением которой является вера.

Вере принадлежит еще одна функция. Она становится источником внушения. Вера содер- жательна, всегда верят во что-то.

Поскольку внушение играет значительную роль в мироощущении верующего, объекты фантазии воспринимаются им как реальность. Этим и порождаются стойкие «откровения», иллюзии, галлюцинации, стигмы и т.п., т.е. переход от психологических устойчивых феноменов к психическим.

Чувство страха (не важно изначального или вторичного), овладевшее человеком во время пребывания в секте, поясняющая устойчивость религиозной веры порождает веру. Вера располагает к внушению, и сама становится его источником. Внушение содержит в себе страх перед наказанием. Цепь замкнулась. Образовалась замкнутая система с обратными связями, сама себя подкрепляющая, сама себя поддерживающая. Такая система отличается прочностью, ее трудно разрушить в процессе терапии.

Одни псевдорелигии настаивают на слепом повиновении их руководителям, другие учат своих приверженцев подавлять всякое критическое мышление, третьи проповедуют монолитное единство религиозной общины в ущерб развитию личности и семейным отношениям, четвертые – и то, и другое, и третье. При этом используют такие методы психического воздействия, которые оказывают вредное влияние на психическое и физическое здоровье, грубо деформируют личность человека [1, 2].

Целью данной работы являлась психолого-психиатрическая оценка деятельности сектанических религиозных организаций, действующих на Украине, на основании собранных фактических данных.

## Материалы и методы исследования

Нами обследовано 56 молодых людей в возрасте от 14 до 32 лет, мужского (32 человека) и женского (24 человека) пола (в основном студенты ВУЗов, техникумов или молодые специалисты с высшим образованием), вовлеченных в

религиозные секты и обратившихся за психиатрической помощью.

Использовались методы стандартизованного клинико-психопатологического исследования и психологического (психолого-биографического) интервью.

## Результаты исследования и их обсуждение

У 90% обследованных (51 человек) выявлены акцентуации характера шизоидного, параноидного, истероидного и астенического типов. Спустя 6-10 месяцев после вступления в религиозные организации у всех обследуемых возникли психические расстройства в виде начальных проявлений хронического изменения личности (51 человек, 91,2%) и манифестного приступа шизофрении (5 человек, 8,9%).

Клинические проявления, постепенно формирующихся изменений личности, независимо от типа акцентуации характера, проявлялись идентичными особенностями:

- отчуждением от родителей и других родственников с проявлением нередко враждебного к ним отношения, уходом из родительского дома на короткое или длительное время;

- отказом от учебы и работы с полным погружением в деятельность религиозной организации;

- прекращением чтения газет и журналов, отказом от пользования телевизором, радио;

- резким изменением стереотипов пищевого поведения с систематическим недоеданием, исключением продуктов, содержащих животные белки, что приводило в большинстве случаев к физическому истощению, повышенной утомляемости;

- появлением амимии, отрешенного взгляда, холодного, бесстрастного тона, безразличного отношения к своей внешности.

- резким ограничением сна до 3-4 часов в сутки, что приводило к психическому истощению;

- развитием замкнутости, потерей друзей, утратой прежних интересов, интереса к противоположному полу;

- полной убежденностью в правоте учения религиозной организации с недопущением каких-либо разубеждений (полное изменение направленности личности).

Такого рода изменения в психологическом состоянии и поведении людей за сравнительно короткий промежуток времени могут входить в виде поведенческой стигмы у больных тяжелыми психическими расстройствами, например,

бредовыми состояниями или патологическими сверхценными идеями в рамках расстройств личности наряду с психопатологическими феноменами [7, 9].

У 5 (8,9%) пациентов диагностированы аффективно-бредовые расстройства в рамках рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Эти больные получили курс активной психофармакотерапии. Бредовый характер переживаний одного из прихожан ярко отражен в его дневнике, в котором выражается намерение убить свою мать и бабушку за то, что они «ведьмы», «вампиры», высасывающие у него кровь. После расправы с ними он готов покончить жизнь самоубийством. По катamnестическим данным у трех пациентов болезненная симптоматика рецидивировала через 3-5 месяцев после возобновления посещений сектантских религиозных организаций.

Каковы же механизмы бредообразования у лиц, вовлеченных в религиозные секты? Согласно мнению В.П. Осипова [7], для развития бредовых идей необходимо расстройство деятельности сознания, при котором утрачивается возможность критического отношения к явлениям внешнего и внутреннего мира личности. Другим условием является наличие напряженного аффекта. И то и другое возникают в условиях сектантской практики. В соответствии с представлениями И.П. Павлова патофизиологической церебральной основой бреда является ультрапарадоксальная гипноидная фаза в коре головного мозга, определяющая состояние измененного сознания с нарушением способности адекватной оценки своих суждений и переживаний. К подобным изменениям сознания у вовлеченных в религиозные секты предрасполагает физическое и психическое истощение за счет недоедания и недосыпания, формирования просоночных состояний сознания. К изменению деятельности сознания приводят также многократные введения сектантов и людей, впервые попавших в секту, в гипнотическое состояние разной глубины путем определенных психических и физических воздействий под видом религиозных пропове-

дей, обрядов, ритуалов, прямых и косвенных внушений. При этом повышается внушаемость и падает способность критической оценки, что облегчает индукцию, наведение религиозных и псевдорелигиозных идей, близких по своему содержанию к бредовым.

О широкой практике активных, массивных внушений в бодрствующем и гипнотическом состояниях свидетельствует характер и форма проводимых в сектантских религиозных организациях литургий, обрядов и ритуалов с ритмичными движениями рук и тела, стереотипными заклинаниями и возгласами, однообразной музыкой, хождением в экстазе толпы людей по кругу, прямыми и косвенными внушениями проповедника. При этом реализуется и механизм психического заражения, взаимной индукции религиозных переживаний [4].

В сектантских религиозных организациях широко практикуются психотехники воздействия на личность, взятые из мистического учения и практики йоги – так называемые инициации и многочасовые медитации, целью которых является глубокое изменение сознания человека, введение его в самогипноз с полным отключением от окружающей действительности [5]. В результате продолжительных психофизических упражнений в определенных позах развиваются состояния самогипноза, религиозного экстаза со зрительными и слуховыми иллюзиями и галлюцинациями, утратой чувства своего тела и личности (деперсонализационные расстройства), тяжестью в голове, неприятными или приятными ощущениями в теле (сенестопатии). О развитии подобных расстройств в практике проведения длительных медитаций свидетельствуют и данные специальной литературы [5, 6]. Во время медитации утрачивается способность к критическому мышлению, повышается внушаемость. Многие люди, втягиваясь в деятельность вышеуказанных организаций, становятся психологически и духовно зависимыми от проповедников, от духовного наркотика. К нему возникает после испытанного во время медитации «кайфа» влечение, потребность в нем, которая может вытеснять многие естественные потребности. По нашим наблюдениям у женщин прекращаются или задерживаются менструации, у мужчин наступает половая импотенция. Под видом религии людей склоняют к отказу от земной жизни, естественных потребностей, прежних

убеждений. Накладывается запрет на критическое мышление, на любые сомнения (так называемый мысленный пост). Фактически в религиозных сектах людей доводят до психического самоуничтожения, когда прежняя личность перестает существовать, резко меняется ее направленность в сторону ухода от реальной жизни, от жизни общества и семьи [8].

Анализ собранных нами наблюдений показал, что в религиозные секты часто вовлекаются акцентуированные личности шизоидного и паранойяльного типа, а также больные шизофренией на стадии латентного или вялого течения болезни, либо в состоянии ремиссии. В результате участия в деятельности секты, под влиянием интенсивных занятий религиозной или псевдорелигиозной практикой с применением внушений и самовнушений при измененной деятельности сознания, на фоне недоедания, а иногда и на фоне приема психоактивных веществ, у них наступает манифестация, обострение или рецидив шизофрении с бредовыми расстройствами, фабула которых полностью отражает идеи, которые проповедаются в сектах.

Таким образом, анализ и обобщение имеющихся фактических данных позволяют прийти к заключению о том, что деятельность сектантских религиозных организаций сопровождается во многих случаях нанесением серьезного морального вреда и вреда психическому здоровью с развитием патологических сверхценных идей, сверхценного и паранойяльного бреда, манифестацией, обострениями и рецидивами шизофренических психозов в форме паранойяльных и аффективно-бредовых состояний. Вред здоровью наносится в результате скрытого психического насилия и манипулирования сознанием людей под видом религиозных проповедей, обрядов, ритуалов, вследствие массивных внушений в состоянии измененного сознания, наступающих у вовлеченных в секты людей во время литургий, инициаций, медитаций.

Для оказания специализированной помощи жертвам психического насилия со стороны религиозных сект необходимо создание медико-психологических центров в крупных промышленных городах, которые помимо лечебной деятельности должны проводить просветительскую работу в том числе, совместно с представителями православной церкви по разоблачению сектантства [3]

*М.П. Бєро*

**ПСИХІЧНІ І ПСИХОЛОГІЧНІ ФЕНОМЕНИ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ У ОСІБ, ЗАЛУЧЕНИХ У  
ДЕСТРУКТИВНІ РЕЛІГІЙНІ СЕКТИ**

Донецька обласна клінічна психоневрологічна лікарня – медико психологічний центр

Вивчені 56 клінічних випадків молодих людей, які підпали під психологічний вплив тоталітарних релігійних сект. Визначені психологічні і психопатологічні феномени, які виникли у цих осіб в наслідок систематичного впливу релігійного оточення. Запропоновані механізми проведення лікувальних заходів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.21-24)

*M.P. Bero*

**PSYCHICAL AND PSYCHOLOGICAL PHENOMENA, APPEARING AT PEOPLE INVOLVED  
IN DESTRUCTIVE RELIGIOUS SECTS.**

Region clinical psychoneurological hospital – Medical and psychological center

There have been under the study 56 clinical cases of young people subjected to the influence of totalitarian religious sects. There have been determined and psycho-pathological phenomena appeared at these persons as a result of systematical influence of a religious environment. There have been proposed mechanisms of holding of the therapeutic events. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.21-24)

*Литература*

1. Берславский И. Горный Валаам. М., 1991
2. Берславский И. Родовой поток. М., 1993
3. Бєро М.П. Концепция совершенствования лечебно-профилактической помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Архив психіатрії 2(37), 2004. С. 63-65
4. Бхагтиведанта Свами Прабхупада «Наука самосознания». Бхагтиведанта Бук Траст 1991
5. Каптен Ю.Л. Основы медитации. СПб., 1991
6. Касьяникова А., Будберг А. И ад следовал за ними // Московский комсомолец, 1994
7. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин. 1923
8. Терехов А. Как убивают душу // Совершенно секретно, 1990, №9

Поступила в редакцию 16.06.2004



УДК 616.89-055.5

*Т.Л. Ряполова***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: качество жизни, семья, депрессия, невротические расстройства.

В последние годы, наряду с «объективными» количественными и качественными характеристиками социального функционирования, все большее значение придается субъективным переживаниям пациентами своего жизненного (биологического, психологического и социального) благополучия, получившего определение «качество жизни». ВОЗ определяет качество жизни (КЖ) как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [1]. Это определение отражает внимание, уделяемое ВОЗ той оценке жизни, самочувствия, здоровья и благополучия, которую дают сами пациенты. Широкое изучение влияния различных соматических заболеваний на КЖ пациентов [2-4] связано с тем, что для каждого больного важны не только показатели физического состояния, появление или исчезновение симптомов того или иного заболевания, но и ощущение жизненного благополучия в социальном и психическом аспектах. Описания различных аспектов социального статуса, функционирования и качества жизни при

психических расстройствах касаются в основном больных с хроническими психическими заболеваниями, в частности, шизофренией [5-7]. Вместе с тем, в настоящее время психиатрическая помощь строится на основе партнерских отношений с пациентом, с учетом его мнений и суждений, то есть показателей качества жизни [8]. Развитие психического расстройства у члена семьи неизбежно влияет на семейно необходимые качества. Эти нарушения отрицательно воздействуют на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь, становятся источником травматизации для других членов семьи и могут провоцировать формирование у них невротических и психосоматических расстройств [9], что неизбежно, влияет на качество жизни всех членов семьи.

Целью настоящего исследования являлось изучение качества жизни женщин с депрессией в структуре невротических расстройств и членов их семей с попыткой оценить влияние аффективного компонента у больных женщин на различные аспекты субъективно оцениваемого качества жизни их мужей.

**Материал и методы исследования**

Было осуществлено обследование 21 женщины, находившейся на стационарном лечении в Медико-психологическом Центре областной психоневрологической больницы г.Донецка (МПЦ-ОПНБ) и их мужей. Выбор пациенток осуществлялся на основе следующих параметров: наличия мужа, проживающего совместно с больной (одинокие больные исключались из рассмотрения); отсутствия органической мозговой дисфункции. Выборку можно считать случайно сформированной группой больных женщин с определенными психическими расстройствами, имеющих семью.

В соответствии с МКБ-10, у подавляющего

большинства обследованных женщин определялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (18 чел. – 85,7%), которые были представлены: расстройством адаптации со смешанной тревожно-депрессивной реакцией (2 чел. – 11,1%), пролонгированной депрессивной реакцией (2 чел. – 11,1%), смешанным тревожным и депрессивным расстройством (1 чел. - 5,56%), дистимией (1 чел. – 5,56%), соматизированным расстройством (2 чел. – 11,1%), соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы (1 чел.-5,56%), соматоформной вегетативной дисфункцией ЖКТ (1 чел.-5,56%), ипохондричес-

ким расстройством (2 чел. – 11,1%), диссоциативными (конверсионными) расстройствами (3 чел. – 16,67%), неврастенией (3 чел. – 16,67%). У остальных больных (3 чел. – 14,3%) было диагностировано хроническое изменение личности.

Возраст обследованных женщин колебался от 20 до 62 лет, распределение пациенток по возрасту было следующим: 20-29 лет – 3 чел. (14,3%), 30-39 лет – 7 чел. (33,3%), 40-49 лет – 5 чел. (23,8%), 50-59 лет – 4 чел. (19,1%), старше 60 лет – 2 чел. (9,5%). Средний возраст обследованных больных –  $41,4 \pm 0,89$ . Средний возраст обследованных мужчин –  $43,7 \pm 0,65$ . Распределение их по возрасту было следующим: 20-29 лет – 2 чел. (9,5%), 30-39 лет – 7 чел. (33,3%), 40-49 лет – 4 чел. (19,1%), 50-59 лет – 5 чел. (23,8%), старше 60 лет – 3 чел. (14,3%).

Распределение больных по образованию было следующим: среднее – 5 чел. (23,81%), среднеспециальное – 10 чел. (47,62%), высшее – 6 чел. (28,57%), т.е. обследованные женщины преимущественно имели среднеспециальное и среднее образование. Распределение их мужей по образованию было следующим: среднее – 7 чел. (33,33%), среднеспециальное – 6 чел. (28,57%), высшее – 8 чел. (38,1%)

Продолжительность заболевания до 5 лет была у 15 больных (71,4%), 5-9 лет – у 2 боль-

ных (9,5%), 10-14 лет – у 2 больных (9,5%), 15-19 лет – у 1 больной (4,8%), более 20 лет – у 1 больной (4,8%), т.е. основную массу обследованных составляли недавно болеющие женщины.

Для оценки депрессивных и тревожных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [10].

Использованный нами «Опросник качества жизни ВОЗ сокр.26» включает в себя вопросы, косвенно оценивающие аффективные переживания опрашиваемых и, соответственно, позволяет произвести попытку определения связи имеющихся сдвигов в самооценке качества жизни с депрессивной окраской настроения как у больных женщин, так и их мужей. Качество жизни больных женщин и их мужей оценивалось по четырем сферам (физическое состояние, психологическое состояние, социальные отношения и окружающая среда), а также по общему восприятию качества жизни (первые два вопроса) и суммарной оценке показателей качества жизни.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на компьютере с помощью программы «STADIA. 6.1». Определялись средние значения показателей (M), их ошибка (m), критерий различия Манна-Уитни (U), достоверность различий (p).

### Результаты исследований и их обсуждение

Обследованные больные вне зависимости от клинических признаков невротических расстройств были разделены на группы в соответствии с наличием и выраженностью депрессии по методике HADS. Сравнительная характеристика качества жизни у обследованных больных без признаков депрессии (средний показатель по шкале HADS  $5 \pm 0,577$ ), с субклинически выраженной депрессией (средний показатель депрессии  $9,14 \pm 0,34$ ), с клинически выраженной депрессией (средний показатель  $15,4 \pm 0,297$ ) и у их мужей представлена в таблице 1.

Среди обследованных женщин наиболее низким суммарный показатель КЖ был в группе больных с клинически выраженной депрессией ( $68,3 \pm 2,81$ ) и соответствовал ограниченному уровню КЖ. У больных без признаков депрессии этот показатель оказался самым высоким ( $85 \pm 2,77$ ) и соответствовал удовлетворительному уровню КЖ. Промежуточное положение занимали больные с субклинически выраженной депрессией -  $76 \pm 3,34$ , но все же соответствовал ограниченному уровню КЖ.

Больные с клинически выраженной депрес-

сией в структуре невротических расстройств обнаружили более низкое качество жизни за счет субъективно более низкой оценки физического самочувствия (что отразилось в статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) в сравнении с другими группами более низких показателей в сфере 1), социальных отношений в семье, с родственниками и друзьями (в сфере 3 показатели были статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в других группах больных), психологического состояния (ограниченный уровень КЖ в сфере 2, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более низкие в сравнении с соответствующими показателями в других группах обследованных женщин), а также субъективной оценки окружающей среды. Ограниченный уровень КЖ у больных с субклинически выраженной депрессией также был обусловлен более низкой оценкой удовлетворенности физическим состоянием, взаимоотношениями с окружающими и неудовлетворенностью окружающей средой. У больных без признаков депрессии качество жизни в сфере физического состояния также соответствовало ограниченному уровню в основном за счет неудовлетворен-

ности качеством сна и снижения количества энергии для проведения повседневной жизни,

что, по-видимому, связано с невротическими расстройствами в данной группе больных.

Таблица 1

**Качество жизни женщин с депрессией в структуре невротических расстройств и их мужей**

Сферы КЖ	Группа I		Группа II		Группа III	
	1 (n=7)	2 (n=7)	3 (n=7)	4 (n=7)	5 (n=7)	6 (n=7)
ОВ КЖ	6,14±0,404 *,**	6,71±0,747 *,***	5,43±0,481 **	6±0,309 ***	4,86±0,404 *,**	3,86±0,261 *,***
Сфера 1	23,1±1,52 **	25,7±2,59 ***	18,3±1,41 *,**	25,3±1,44 *,***	17,6±1,63 *,**	19±0,926 *,***
Сфера 2	24,1±1,01 **	23±0,816 ***	21,9±0,34 **	18,3±0,565 ***	17±0,873 *,**	14,7±0,286 *,***
Сфера 3	10,9±0,553 *,**	8±0,617 *,***	9,43±0,841 *,**	7,57±0,369 *,***	9±0,617 *,**	6,71±0,36 *,***
Сфера 4	21,1±1,18	23,1±1,55 ***	21±1,5 *,**	23,9±1,5 *,***	19,9±0,634 **	20,1±0,705 ***
Всего	85±2,77 **	83,7±5,64 ***	76±3,34 **	81±3,24 ***	68,3±2,81 *,**	65,4±1,3 *,***

**Примечание:** Группа I – больные без депрессии и их мужья; группа II – больные с субклинически выраженной депрессией и их мужья; группа III – больные с клинически выраженной депрессией и их мужья; 1,3,5 – женщины; 2,4,6 – мужчины; ОВ КЖ – общее восприятие качества жизни; сфера 1 – физическое состояние; сфера 2 – психологическое состояние; сфера 3 – социальные отношения; сфера 4 – окружающая среда; \* - различия между подгруппами женщин и мужчин статистически достоверны; \*\* - различия между подгруппами женщин в группах I, II, III статистически достоверны (p<0,05); \*\*\* - различия между подгруппами мужчин в группах I, II, III статистически достоверны (p<0,05).

Среди обследованных мужчин наиболее низким (65,4±1,3) суммарный показатель КЖ был в группе мужей женщин с клинически выраженной депрессией и соответствовал ограниченному уровню КЖ (показатель статистически достоверно (p<0,05) ниже соответствующего показателя в группе больных с субклиническим уровнем депрессии). В данной группе обследованных снижение уровня КЖ носит диффузный характер (показатели по всем сферам и общему восприятию КЖ статистически достоверно (p<0,05) ниже соответствующих показателей в других группах обследованных мужчин), однако наиболее низкой оказалась удовлетворенность социальными отношениями, физическим и психологическим состоянием и окружающей средой и соответствовала ограниченному уровню КЖ в соответствующих сферах. Суммарных показателей КЖ у мужей больных без депрессии и с субклинически выраженной депрессией был приблизительно одинаковым (83,7±5,64 и 81±3,24 соответственно) и соответствовал удовлетворительному уровню КЖ. Мужья больных с субклинически выраженной депрессией обнаружили более низкий, в сравнении с мужьями больных I группы, показатель удовлетворенности психологическим состоянием. Ограниченный уровень КЖ в сфере 2 у мужей больных с

депрессией проявлялся более значительной неудовлетворенностью собой и своим внешним видом, сниженной возможностью получать удовольствие от жизни, более частым возникновением отрицательных эмоций (как выяснялось в процессе дополнительной беседы, подобное состояние постепенно нарастало с момента появления психических расстройств у жен обследованных мужчин). Несмотря на соответствующие удовлетворительному уровню показатели удовлетворенности физическим состоянием, мужчины данных двух групп обнаружили соответствующие ограниченному уровню показатели удовлетворенности отношениями с окружающими в основном за счет снижения удовлетворенности взаимоотношениями с родственниками и сексуальной жизнью. Примечательно, что у больных женщин всех трех групп показатель удовлетворенности социальными отношениями статистически достоверно (p<0,05) превышал соответствующие показатели у их мужей, т.е. женщины не отмечали трудностей во взаимоотношениях с родственниками и были относительно удовлетворены сексуальной жизнью (во всех группах, кроме III, данный показатель соответствовал удовлетворительному уровню КЖ). По-видимому, выраженность депрессии у женщины нарушает семейные отношения, что субъективно более отчетливо отмечается их мужьями.

ями, влияя на их качество жизни в социальном (точнее, микросоциальном) аспекте. Анализ уровня КЖ в сфере З во всех группах больных и их мужей выявил показатели, соответствующие ограниченному уровню удовлетворенности материальным состоянием, состоянием жилья, транспортным обеспечением, медицинским обслуживанием, безопасностью окружающей среды и является, по-видимому, результатом не столько результатом заболевания, сколько социально-демографическим фактором.

Таким образом, появление аффективного компонента в структуре невротических расстройств у женщин не только снижает их качество жизни за счет снижения удовлетворенности физическим, психологическим состоянием без выраженного снижения удовлетворенности социальным (в том числе, семей-

ным) окружением, но и очевидно влияет на уровень качества жизни их мужей, снижая субъективное восприятие собственного здоровья, вызывая снижение удовлетворенности собственным физическим состоянием, провоцируя эмоциональные нарушения и неудовлетворенность взаимоотношениями в семье, причем снижение показателей КЖ у мужчин нарастает с утяжелением депрессии в структуре невротических расстройств у женщины. Полученные предварительные данные субъективной оценки качества жизни мужей больных с депрессией в структуре невротических расстройств свидетельствуют о необходимости более пристального внимания к их психическому здоровью для планирования клинической, в том числе психотерапевтической, помощи семьям больных с депрессией.

*Т.Л. Ряполова*

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ В РОДИНАХ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ В СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

Донецький державний медичний університет

В статті представлено результати аналізу якості життя 21 жінки, що страждають на депресію в структурі невротичних розладів, та їх чоловіків. Зроблено спробу оцінити ступінь впливу афективного компоненту на рівень якості життя хворих жінок та членів їхніх родин. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.25-28)

*T.L. Ryapolova*

## **THE QUALITY OF LIFE IN THE FAMILIES OF THE WOMEN SUFFERING FROM DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS**

Donetsk State Medical University

The article presents the results of the analysis of the quality of life of 21 women suffering from depression in the structure of neurotic disorders and their husbands. The attempt to evaluate the degree of the influence of the highly emotional component on the level of the quality of life of the sick women and the members of their families was made. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.25-28)

### *Литература*

1. Kuyken W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N. Quality of life assessment across cultures/Int. J. Ment. Health. — 1994. — V.23. - №2. — P.5-27.
2. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Current Opinion in Psychiatry. — 1997. — V.10. — P.337-345.
3. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г., Хамагонова Л.К., Сычева Е.Ю. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Российский кардиологический журнал — 2001. - № 3(29). — С.58-72.
4. Давыдов С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью // Казанский медицинский журнал. — 2001. — Т.82. - №1. — С.35-37.
5. Семке А.В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Томск, 1995. — 50с.
6. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную

- адаптацию и качество жизни больных шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. Мед. наук. — СПб., 1999. — 23с.
7. Oliver J., Huxley P., Dridges K., Mohamad H. Quality of life and mental health services — London-New York, 1996. — 310p.
8. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. — Томск, 1995. — 212с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: Питер, 1999. — 656с.
10. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков, «Горнадо», 2003. - С. 327-330.
11. Hunt S.M. The problem of quality of life. // Qual. Life Res. — 1997. — V.6. — P.205-212.
12. Morgano A., Smith M., Lecrubier Y., Widlocher D. Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered // J. Nerv. Ment. Dis. — 1991. — V.179. — P.614-619.

Поступила в редакцию 10.06.2004

УДК 575.224.22+57.02:616.89

*А.В. Любарский***ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В РАКУРСЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Отделение сексологии, андрологии и психотерапии ГКРД № 1, Симферополь

Ключевые слова: эволюция, натуральные препараты, психическая адаптация

Согласно общемировой тенденции последнего десятилетия, 5-7% населения страдает психическими и 15-23% - пограничными психическими расстройствами, причем в Украине заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами возросла на 2,8%, в структуре которой, 71,1% - группа непсихотических, во многом, социально детерминированных нарушений здоровья [10,11]. Кроме того, Украина относится к числу стран высокого уровня суицидальности, где до 20% случаев смертей обусловлены суицидом, причем 71,5% завершённых самоубийств приходится на работоспособный возраст [12]. А распространённость патологии психосоматического круга составляет 15-40% населения, что требует интегрального подхода к данной проблеме [5,6]. С другой стороны, исследования института социологии 1998 года, показали, что 23,9% респондентов причисляли себя к лицам, стоящим на самой низкой ступени социальной иерархии, 45,5% отметили, что не могут приспособиться и жить в новых социальных условиях, 46,1% находились в большом материальном затруднении, когда даже не за что купить необходимые продукты [12]. Данная ситуация, вынуждает мужское население к «экстремальным» видам заработка: вахтовая работа, связанная со строительством или с другими видами производства, опасными для здоровья, на территории других государств; работа моряками на судах и прочее. «Экстремальная работа» связана с комплексным воздействием отрицательных эмоционально-стрессовых и экологических факторов, что побуждает специалистов серьёзно заниматься данной проблемой.

Устранить современные жизненные катаклизмы, социально-экономические, профессиональные и другие факторы не всегда возможно, но назвать их, предвидеть и готовить людей к их преодолению - задача специалистов, способных к интегральному клиническому мышлению [2].

В отношении психосоматического здоровья,

есть необходимость в более широком применении психогигиенических и профилактических мероприятий [1], особенно, если учесть не последнюю роль психической дезадаптации, влияющей на снижения параметров фертильности [9], -дезадаптации уже глобального эволюционно-биологического регистра.

С адаптирующей, защитной целью, могут использоваться различные методы, в том числе, метаболическая коррекция [8], в частности, натурального происхождения, что наиболее безопасно для гаметогенеза. Тем более, что все более осознанной необходимостью становится применение в лечения наследственной патологии, часто сопровождающей нарушения репродуктивного здоровья, - натуральной терапии, при которой, природа помогает исправлять ошибки эволюции, опираясь на биологические возможности [3].

Предпосылки лекарственного выбора лечебно-профилактической направленности для мужчин, страдающих сочетанной формой мужского бесплодия: хроническим неспецифическим простатитом и гипоандрогенией на фоне пониженной психической адаптивности представляются нам следующим образом.

1. Натуральное не синтетическое происхождение препарата, позволяющее избежать токсического, мутагенного воздействия, учитывая более высокую вероятность побочных действий на фоне генетической предрасположенности мужчин с бесплодием и необходимость достаточно длительной, поддерживающей терапии в условиях экологического и социального неблагополучия.

2. Отсутствие возможных последствий недобросовестной доклинической и клинической апробации без учета популяционно-фармакогенетических особенностей, последствий врачебных ошибок и умалчивания вновь выявленных побочных эффектов препаратов и отдаленных последствий.

3. Патогенетическая обоснованность.

4. Возможность снижения экологической и социальной агрессии на организм.

5. Возможность удерживания на стабильном уровне сексуального и репродуктивного здоровья мужчины, в период длительного лечения и наблюдения супруги у гинеколога-репродуктолога.

6. Фармакоэкономическая целесообразность для длительного применения.

7. Комплексность препаратов, существенно снижающих количество принимаемых лекарств и повышающих комплайнс.

8. Психотерапевтическое, «эволюционно-ориентированное» потенцирование терапии

Многие методы психотерапии можно рассматривать с эволюционной точки зрения, как пропорцию «регресс/прогресс» [4]. В широком смысле, эволюционный прогресс цивилизации движется от биологии к высоким технологиям, от чувственного к рациональному и прочее. В этом ракурсе, психотерапевтические методы напоминают некий адаптирующий пациента «регресс ради прогресса». И здесь заложена определенная логика: если данное поведение пациента дезадаптивно, то есть смысл вернуться к его истокам на некоторую, «дозированную дистанцию назад», что бы его попытаться переосмыслить, модифицировать в другое, более адаптивное качество. Суггестивные методики ориентируются на сенсорную релаксацию, как некий регресс в виде кратковременного «парабиоза» с последующим «выходом» на поведен-

ческие установки. Рациональные и аналитические методики направлены на ретроспективу жизни, иногда регресс в детство, в историогенез, мифологию с последующим анализом минувших событий. Поведенческая психотерапия ориентирована на регресс в виде выработки условных рефлексов. Психотерапия новой волны, во многом способствует регрессивному переключению с мыслительной на чувственную оценку окружающего мира. Проецируя данный подход управляемого, лечебно-дозированного регресса, на фармакопсихотерпию, - целевое использование натуральных препаратов в противовес синтетическим, - можно рассматривать, как регресс в противовес технологическому прогрессу синтетических технологий. Но регресс ради прогресса в виде отсутствия токсических и мутагенных последствий лечения, отрицательно влияющих в известном смысле, на «глобальные цели-мечты»: эволюционный шлейф, наслаждение и любовь, самоутверждение.

Цель исследования: оценить эффективность эволюционно обоснованного комплексного подхода к применению препаратов ГЕНТОСА и НОТТЫ на фоне эволюционно ориентированного психотерапевтического воздействия, - для повышения (или поддержания) адаптационных возможностей психики и репродуктивного здоровья мужчин, страдающих сочетанной формой бесплодия и выполняющих экстремальную, опасную для здоровья работу вахтовым методом.

### Материал и методы исследования

Для исследований было взято 112 мужчин в возрасте 22-45 лет, наблюдающихся у андролога, в среднем, 3-23 месяца по поводу сочетанной формы мужского бесплодия, включающей хронический неспецифический простатит, гипогонадотропные состояния различного генеза и признаки психической дезадаптации непсихотического уровня. У всех мужчин работа носила вахтовый характер: рейсы в качестве моряков на гражданских судах, работа на территории других государств, непосредственно связанная со строительством, добывающими отраслями и другими производствами, обладающими выраженными неблагоприятными экологическими воздействиями на организм и сопутствующим психострессовым фоном. Однократный выезд на работу в виде вахты, рейса, в дальнейшей части работы, именуется как «рейс».

В первую, основную группу вошло 69 мужчин, которые добровольно согласились весь пе-

риод нахождения на вахте, т.е. не менее 3-6 месяцев, использовать в качестве лечебно-профилактического курса предложенное комплексное лечение, включающее ГЕНТОС, НОТТУ на фоне эволюционно ориентированного психотерапевтического воздействия с валеологическим компонентом ориентира на максимально здоровый образ жизни и достижение «глобальных целей жизни».

Предложенная схема лечебно-профилактической, комплексной терапии: ежедневно ГЕНТОС по 15 капель 3 раза в день за 30 мин. до еды; НОТТА по 10 капель 3 раза в день через час после еды; Психотерапевтическая работа в дорейсовый период состояла из 3-7 индивидуальных сеансов с применением различных общепринятых методик, подбираемых в зависимости от особенностей психического статуса пациента и его последующей «рейсовой» работы. Стержневой в психотерапевтической работе

была специально разработанная «эволюционная концепция», ориентированная на высокую значимость здоровья, адаптивности пациента, снимаемых из образа жизни, лечебно-профилактической фармакотерапии, - для достижения трех глобальных целей в жизни: эволюционный шлейф, наслаждение и любовь, самоутверждение. Для проведения самостоятельной психопрофилактической работы во время «рейса», пациент обучался аутотренингу со специально разработанной эволюционно ориентированной установкой на разноплановую систематичность «вклада» в достижение глобальных жизненных целей.

Во вторую, контрольную группу, вошли остальные 43 человека, которые отказались от применения какого-либо лечения во время «рейса» в силу различных причин.

Для субъективной оценки выраженности клинической симптоматики до и во время «рейса»-

(ретроспективным опросом по поводу как периодических, так и эпизодических обострений), были выделены три ведущих симптомокомплекса: простатический (дискомфорт в промежности, в поясничной области, при мочеиспускании, дизурия, ускоренное семяизвержение и др.), нейровегетативный (приливы, гипергидроз, сердцебиения, перебои в области сердца, головокружение и др.) и тревожно-депрессивный (сниженный фон настроения, симптомы обоснованной и беспричинной тревоги, снижение интереса к внешнему миру и близким людям, безынициативность и др.), оцениваемые при целенаправленном, клиническом опросе пациентов в отношении тех или иных беспокойств и фиксируемые при наличии не менее двух симптомов по каждому симптомокомплексу (Табл.1). Причем, анализируемый дорейсовый период включал в себя 1-3 месяца, рейсовый период был соориентирован на весь период данного «рейса».

Таблица 1

### Субъективная оценка выраженности симптоматики

Ведущие симптомокомплексы	Количество человек из основной группы (n=69)				Количество человек из контрольной группы (n=43)				Достоверность различий основной и контрольной групп	
	До «рейса»		Во время «рейса»		До «рейса»		Во время «рейса»		До «рейса»	Во время «рейса»
	Абс.числ	%	Абс.числ	%	Абс.числ	%	Абс.числ	%		
Простатический	47	48±6	21	30±6	27	63±8	36	84±6	0,564409	4,72*10 <sup>-8</sup>
Нейровегетативный	31	5±6	22	32±6	16	37±8	25	59±8	0,422918	0,00641
Тревожно-депрессивный	57	83±6	28	40±6	36	84±6	40	93±4	0,87931	3,75*10 <sup>-8</sup>

Для объективизации состояния психической адаптации до и после «рейса», применялись следующие методики экспериментально-психологического обследования: 1) Методика диагностики социальной фрустрированности Л.И.Вассермана в модификации В.В.Бойко (далее «уровень социальной фрустрированности»); 2) Методика измерения уровня тревожности Тейлора в адаптации Т.А.Немчинова (далее «уровень тревожности»); 3) Методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда (далее «социально-психологическая дезадаптация» с определением и

состояния эмоционального комфорта [7] .

Для статистической сравнительной обработки данных был применен непараметрический метод Вилкоксона, выбор которого был обусловлен следующими причинами: исходные данные не подчиняются нормальному закону распределения, не являются параметрическими; при данном методе допускается анализ сравниваемых выборок разного объема; метод является «сильным» в отношении чувствительности и приемлемости представленных данных для его математического алгоритма [13].

### Результаты исследования и их обсуждение

В целом, поверхностная оценки полученных данных говорит о тенденциях положительной динамики в повышении адаптивности экологического (гомеостатического, репродуктивного) и психического уровней у пациентов экспериментальной группы, применявших комплексный лечебно-профилактический

курс, по отношению к контрольной группе.

Анализируя исходные параметры до «рейса» в экспериментальной и контрольной группах, отмечается их примерно одинаковый уровень, что подтверждается отсутствием достоверных различий ( $p > 0,05$ ) по всем взятым показателям (Табл.1,2).

## Экспериментально-психологическое обследование

Параметры оценки	Степень выраженности	Количество человек из основной группы (n=69)				Количество человек из контрольной группы (n=43)				Достоверность различий основной и контрольной групп	
		До «рейса»		После «рейса»		До «рейса»		После «рейса»		До «рейса»	После «рейса»
		Абс. числ.	%	Абс. числ.	%	Абс. числ.	%	Абс. числ.	%		
Уровень социальной фрустрированности	Высокая	33	59±6	6	9±4	19	44±8	21	49±8	0,708419	1,52*10 <sup>-6</sup>
	Средняя	21	30±6	17	25±5	16	37±8	14	33±7	0,460503	0,364363
	Низкая	15	22±5	46	67±6	8	19±6	8	19±6	0,690938	8,29*10 <sup>-7</sup>
Уровень тревожности	Высокая	32	61±6	12	17±4	20	46±8	18	41±8	0,988949	0,004637
	Средняя	31	59±6	35	65±6	21	49±8	22	51±8	0,687917	0,96418
	Низкая	6	9±4	22	32±6	2	5±3	3	7±4	0,421005	0,002177
Социально-психологическая дезадаптация	Высокая	26	38±6	9	13±4	14	33±7	15	35±7	0,583805	0,006386
	Средняя	36	67±6	39	71±6	24	56±8	20	46±8	0,708419	0,304282
	Низкая	7	10±4	21	30±6	5	12±5	8	19±6	0,805932	0,166421
Эмоциональный дискомфорт	Высокая	24	35±6	17	25±5	12	28±7	10	23±7	0,450637	0,868521
	Средняя	39	71±6	36	67±6	29	67±7	26	60±8	0,251924	0,392779
	Низкая	6	9±4	16	23±5	2	5±3	7	16±6	0,421005	0,380818

По результатам поведенного комбинированного лечения, остановимся на обсуждении только статистически достоверных сравнительных параметров в основной и контрольной группах, где  $p < 0,05$ , отраженных в табличных данных (Табл.1,2).

По результатам субъективной оценки проявлений трех симптомокомплексов (простатический, нейровегетативный, тревожно-депрессивный), безусловно влияющих на качество жизни пациентов, -отмечен достоверно более низкий удельный вес обострений во время «рейса» в основной группе, что можно рассматривать как результат патогенетической сбалансированности ГЕНТОСА и НОТТЫ для данного контингента пациентов, длительно находящихся в экстремальных условиях труда.

По результатам экспериментально-психологического обследования после «рейса», была отмечена достоверно значимая положительная тенденция «снижения» по критерию высокой степени выраженности психической дезадаптивности при оценке уровня фрустрированности, тревожности и социально-психологической дезадаптации в контрольной группе по отношению к основной. Логично создание «гомеостатического базиса» для повышения адаптивности нервной системы, не только опираясь на патогенетические предпосылки эффективного применения НОТТЫ, но и комбинирование с ГЕНТОСОМ, повышающим энергопотенциал за счет андрогеноподобного эффекта. Весьма существенным явилось на этом фоне, использование

базовой эволюционно-ориентированной, потенцирующей психотерапии с применением соответствующего психопрофилактического ауто-тренинга «в рейсе».

Выводы.

1. Обоснована теоретическая база для более широкого использования в противовес синтетических фармсредствам, препаратов натурального происхождения, которые: не токсичны, не мутагенны, не связаны с риском всевозможных предсказуемых и непредсказуемых последствий, или с несовершенством механизмов доклинической и клинической апробации синтетических средств.

2. Показана достоверная эффективность комплексной лечебно-профилактической терапии в отношении мужчин с сочетанной формой мужского бесплодия, включающей хронический неспецифический простатит, гипоандрогенные состояния различного генеза и признаки психической дезадаптации непсихогического характера при работе в экстремальных условиях труда.

3. Апробирована и может быть рекомендована для лечебного и профилактического применения для данного контингента мужчин, схема патогенетически обоснованной терапии, показавшая достоверно значимую эффективность и включающая: ГЕНТОС и НОТТУ на фоне эволюционно ориентированной психотерапевтической коррекции с потенцированием лекарственной терапии.

4. Выявлена целесообразность использования для более эффективного комплайенса «специаль-



ной эволюционно ориентированной индивидуальной концепции терапии», связанной с глобальны-

ми жизненными целями человека: эволюционный шлейф, любовь и наслаждение, самоутверждение.

*А.В. Любарский*

## **ФАРМАКОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У РАКУРСІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

Відділення сексології, андрології та психотерапії МКПД № 1, Сімферополь

Проведено аналіз фармакотерапевтичних підходів з позиції токсичної, мутагенної безпеки, фармакогенетичних аспектів. Під наглядом було 69 чоловіків з сполучною формою безпліддя на фоні непсихотичних психічних розладів. Показана достовірна ефективність лікувально-профілактичної комплексної терапії: Нотта, Гентос та еволюційно орієнтована психотерапія. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.29-33)

*A. V. Lybarski*

## **PHARMACOGENETIC ASPECTS OF THE MENTAL ADAPTION FORESHORTENED IN THE CONCLUSIVE MEDICINE**

The Department of sexology, andrology and psychoterapy of MKPD № 1, Simpheropol

It has been carried out analysis of pharmacotherapeutical approaches from positions of the toxic, mutagenous safety, pharmacogenetic aspects. 69 men with the combined form of sterility on the background of non-psychotic mental disorders were under observation. The reliable effectiveness of the medical-prophylactic complex therapy: Notta, Gentos and evolutionally-orientated psychotherapy has been shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.29-33)

### *Литература*

1. Александровский Ю.А., Табачников С.И. Некоторые концептуальные вопросы сближения психиатрической и общесоматической помощи населению / Архив психиатрии, 2002. - Т.9, №4(31) - С.5-6.  
2. Александровский Ю.А., Табачников С.И. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии / Архив психиатрии, 2003. - Т.9, №2(33) - С.4-7.  
3. Георгієвський В.П., Гречаніна О.Я., Гречаніна Ю.Б., Томко І.С. Можливості використання фітопрепаратів в патогенетичному лікуванні і профілактиці спадкових захворювань // Матер. III з'їзду медичних генетиків України з міжнародною участю, Львів, 2002. - С.57-58.  
4. Любарский А.В. Фармакопсихотерапия при нарушениях сексуального и репродуктивного здоровья с эволюционно-биологических позиций // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Клінічна фармація: 10 років в Україні», Х.:Золоті сторінки, 2003. - С.50-52.  
5. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема // «Доктор», 2002. - №6. - С.9-13.

6. Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Баженов А.С. Депрессивные состояния в структуре соматоформных расстройств // Архив психиатрии, 2003. - Т.9, №1(32), - С.20-23.  
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Под ред. Райгородского Д.Я. - Самара: «Бахрах», 1998.-672с.  
8. Пуканова Л.В., Терновская В.А., Терновская Л.Н. Состояние здоровья рыбаков архангельского тралового флота: пути оптимизации // Вісник морської медицини, Одеса, - №3(22), 2003. - С.65-67.  
9. Репродуктивное здоровье: Рук-во для врачей, под ред. Б.М.Ворника. - К.: ИЦ «Семья», 1999. - 128с.  
10. Шумлянский В.А. Опыт подготовки к реформированию психиатрической службы / Архив психиатрии, 2002. - №3(30) - С.5-9.  
11. Юрченко Т. Мера здоровья // «Доктор», 2003. - №3. - С.87-88.  
12. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. - К.: Сфера, 2002. - 314с.  
13. Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods. Biometrika Bulletin, 1945. - 1, P.80-83.

Поступила в редакцию 16.06.2004

УДК 616.- 001.28: 614.870

*Н.В. Денисюк, К.Ю. Антипчук***ОЦІНКА СТАНУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ОПРОМІНЕНИХ ОСІБ З ОРГАНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Науковий центр радіаційної медицини АМН України, м. Київ

Ключові слова: церебральна гемодинаміка, нейропсихологія, аварія на ЧАЕС, органічні психічні розлади.

Органічні ураження головного мозку (органічні психічні розлади, енцефалопатії) складають суттєву соціально-медичну проблему сьогодення. Факторами ризику органічних уражень головного мозку є вік, артеріальна гіпертензія, церебральний атеросклероз, цукровий діабет, інтоксикації, вплив іонізуючого випромінювання, черепно-мозкові травми, та ін.

На сучасному етапі відбувається значне зростання непухлинної захворюваності (особливо цереброваскулярними і психічними розладами) у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, особливо серед УЛНА на ЧАЕС [1–5]. Наявність радіаційних ризиків для психічних розладів в УЛНА на ЧАЕС [2–5] свідчить про можливу роль іонізуючого випромінювання у їх генезі.

Останнім часом накопичується все більше клінічних і експериментальних доказів стосовно вразливості головного мозку людини до дії іонізуючого випромінювання [6–11]. В останні роки частіше відмічається формування в УЛНА на ЧАЕС екзогенно-органічних форм ураження головного мозку, а також розвиток психоорганічних синдромів різного ступеня вираженості [9, 11–13].

Соматопсихічна і психосоматична природа психічної патології в УЛНА потребує удосконалення лікування [13]. Нерідко низький ефект терапевтичної та профілактичної програми зумовлений дефектами діагностики цереброваскулярних захворювань, недостатньою оцінкою етіологічних і патогенетичних механізмів і відпові-

дно — неадекватною терапією [12,13].

Розвиток цереброваскулярних захворювань в осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, супроводжується зниженням, а згодом і порушенням системи ауторегуляції мозкового кровообігу, тобто формуванням залежності показників церебрального кровотоку від стану центральної гемодинаміки.

Одним з найбільш ефективних методів оцінки церебральної гемодинаміки та зажиттєвої діагностики різноманітних структурних змін магістральних артерій голови є ультразвукова доплерографія, яка дозволяє виявити особливості ураження церебральних судин навіть при відсутності клінічних проявів захворювань каротидного басейну [14–16].

Неабиякий інтерес представляє оцінка співвідношення між порушенням мнестичних функцій, темпу сенсомоторних реакцій і показниками церебральної гемодинаміки.

Визначення патофізіологічної сутності і механізмів розвитку уражень головного мозку в УЛНА на ЧАЕС має велике значення не тільки для прогнозування перебігу захворювання, але й для вибору адекватних методів лікування і профілактики розвитку тяжких форм енцефалопатії.

Метою дослідження було оцінити стан церебральної гемодинаміки та його взаємозв'язки з нейропсихологічними порушеннями у хворих з органічним ураженням головного мозку після впливу іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

**Матеріал та методи дослідження**

У дослідження включено 60 УЛНА на ЧАЕС з енцефалопатією (органічним ураженням головного мозку), що виникла після робіт з ЛНА на ЧАЕС, які перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічному

відділенні (відділенні радіаційної психоневрології) клініки Наукового центру радіаційної медицини АМН України.

Критеріями для включення пацієнтів до дослідження були:

а) пацієнти — УЛНА на ЧАЕС у віці від 35 до 65 років;

б) діагноз: енцефалопатія (органічне ураження головного мозку), що виникло після робіт з ЛНА на ЧАЕС;

в) здатність до адекватного співробітництва.

Серед пацієнтів було 55 чоловіків і 5 жінок, їх середній  $[M \pm SD]$  вік складав  $49,8 \pm 7,7$  року, дози опромінення були  $< 1 \text{ Зв}$  ( $0,21 \pm 0,17 \text{ Зв}$ ).

Для обстеження пацієнтів використані клінічні, психометричні і нейрофізіологічні методи:

1) об'єктивне обстеження: психоневрологічний огляд,

2) доплерографія судин головного мозку,

3) нейро- і патопсихологічне обстеження — тест аудиторно-вербального навчання Рея, таблиці Шульте.

Клінічні обстеження виконувались за класичними схемами.

Дослідження стану церебральної гемодинаміки виконували за допомогою УЗДГ [15,17]. Для оцінки мозкового кровообігу використовували ультразвукове сканування сонних (загальних, зовнішніх, внутрішніх) надблокових та хребцевих артерій. Дослідження проводили на апараті «Vazoflo — 3» фірми «Sonikaid» (Англія). Обробку кривих проводили описовим та математичними методами на основі вивчення спектру частот, отриманих у результаті автоматизованого перетворення Фур'є доплерівського сигналу. Для локації екстракраніальних відділів каротидного и вертебробазиллярного басейнів, надблокових артерій застосовували датчик 4 МГц у режимі постійного випромінювання. Датчик розташовували під кутом  $45^\circ$  до проекції судини. Так вивчали сонні і хребцеві артерії.

### Результати дослідження та їх обговорення

Психоневрологічні і соматичні захворювання у пацієнтів, залучених до дослідження, наведені у табл. 1.

Як видно з табл. 1, в усіх пацієнтів, залучених до дослідження, було діагностовано органічне ураження головного мозку переважно судинного генезу у вигляді психоорганічного (F07.0) та церебрастенічного (F06.6; F06.32; F06.4) синдромів, що супроводжували дисциркуляторну енцефалопатію на тлі церебрального атеросклерозу, артеріальної гіпер-

Дослідження надблокової артерії проводили датчиком 10 МГц, який розташовували у внутрішнього кута ока. Основними параметрами доплерографічного дослідження були: максимальна лінійна систолічна швидкість кровотоку, діастолічна швидкість кровотоку, пульсовий індекс, індекс циркуляторного опору, показник спектрального розширення [16,18].

Тест аудиторно-вербального навчання Рея (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT) використовували для оцінки мнестичних функцій. RAVLT є нейропсихологічним тестом, що дозволяє оцінити вербальне навчання і пам'ять, включаючи інгібіцію, ретенцію, кодування і витягнення слухомовної інформації [18]. Цей тест має високу надійність і валідність і став стандартом для оцінки вербального навчання і пам'яті у сучасних дослідженнях когнітивних здібностей.

Таблиці Шульте використовували для дослідження темпу сенсомоторних реакцій і особливості уваги [19]. На цих таблицях у випадковому порядку розміщені числа від 1 до 25. Пацієнт знаходить і показує цифри у порядку зростання. Проба повторюється з 5 різними таблицями. Головний показник — час виконання. За результатами виконання кожної таблиці може бути побудована «крива виснажливості», що відбиває стійкість уваги і працездатність у динаміці [19].

Електронні таблиці Excel (MS Windows) були використані як структура баз даних для накопичування, зберігання та аналізу інформації. Статистичний аналіз проведено у стандартному статистичному пакеті Statistica 5.0 for Windows за допомогою параметричних та непараметричних критеріїв.

тензії, хронічної церебральної ішемії.

Дослідження вербальної пам'яті за методикою Рея виявило достовірне зниження безпосереднього запам'ятовування ( $5,5 \pm 1,7$  слів), як показано на рис. 1, довгострокове запам'ятовування було у межах норми ( $7,2 \pm 2,6$  слів), але значно нижче рівня, досягнутого в ході навчання ( $10,2 \pm 2,4$  слів). Значні відхилення виявлені в дослідах з інтерференцією, що може свідчити про порушення функції серединних неспецифічних структур головного мозку.

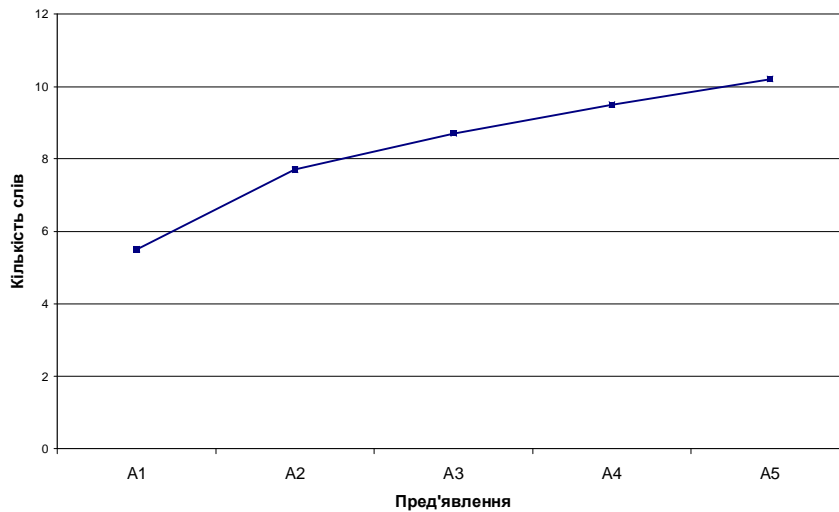
**Психоневрологічні і соматичні захворювання у пацієнтів, залучених до дослідження  
(n=60)**

Розлад та/або захворювання	Абсолютна частота	Відносна частота
Органічні психічні розлади (F0)	60	1,0
Органічний розлад особистості (F07.0)	25	0,41
Органічний емоційно лабільний розлад (F06.6)	21	0,35
Органічний депресивний розлад (F06.32)	10	0,17
Органічний тривожний розлад (F06.4)	4	0,07
Інші цереброваскулярні хвороби (I67)	60	1,0
Церебральний атеросклероз (I67.2)	32	0,53
Гіпертонічна енцефалопатія (I67.4)	23	0,38
Церебральна ішемія (хронічна) (I67.8)	16	0,27
[Дисциркуляторна енцефалопатія]	60	1,0
Остеохондроз хребта (M42)	19	0,32
Ішемічна хвороба серця	15	0,25
Ангіопатія сітківки	22	0,37
Ангіосклероз судин сітківки	18	0,3
Факосклероз	14	0,23
Макулодистрофія	8	0,13
Катаракта	12	0,2
Хронічні запальні захворювання травної системи	26	0,43
Пептична виразка шлунку та дванадцятипалої кишки	8	0,13
Хронічний гепатит	6	0,1
Хронічний обструктивний бронхіт, пневмосклероз та емфізема легень	6	0,1
Цукровий діабет 2 типу	7	0,12
Хронічний тиреоїдит	5	0,08

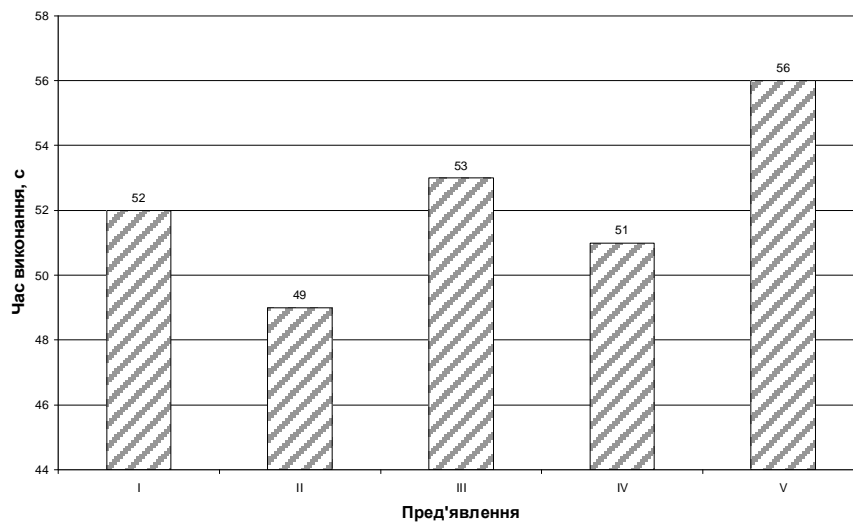
Стійкість уваги та швидкість виконання завдань за таблицями Шульте були нестабільними і коливались, як показано на рис.2.

Результати досліджень стану церебральної гемодинаміки за допомогою УЗДГ судин голови і шиї свідчать про домінуван-

ня в обстежених УЛНА на ЧАЕС з органічними ураженнями головного мозку (енцефалопатією) атеросклеротичних і гіпертонічних змін, міжпівкульної асиметрії і порушення венозного відтоку що представлено на табл. 2.



**Рис. 1.** Крива запам'ятовування



**Рис.2.** Таблиці Шульце

Про порушення еластичності судинної стінки свідчили: зміни максимальної систолічної частоти (підвищення в загальних сонних артеріях, зниження у внутрішніх сонних та хребцевих артеріях) з тенденцією підви-

щення максимальної діастолічної частоти; зміни спектрограми у вигляді демпфированості кривої, зміни кольорових характеристик спектру у вигляді переважання рожевих та лілових тонів.

*Таблиця 2*

Типи змін сонограм	Абсолютна частота	Відносна частота
Атеросклеротичні	43	0,72
Гіпертонічні	25	0,42
Порушення венозного відтоку	42	0,7

Характерним для всіх досліджень в даній групі було зниження максимальної систолічної частоти на внутрішніх сонних артеріях з ознаками демпфированості кривої, підвищення спектрального розширення, змінами спектрограми, що свідчить про наявність стенозуючого процесу. Відмічена чітка

тенденція зростання патологічних змін в лівій внутрішній сонній артерії, що має клінічне відображення у лівогемісферних клінічних проявах. При дослідженні доплерографічних сигналів від яремних вен виявлено підсилення венозного шуму, зміни направленості венозного кровотоку, що вка-

зує на порушення венозного відтоку.

Дослідження кореляційної залежності доплерографічних характеристик і даних психометрії виявило наступні особливості.

Відмічається пряма кореляційна залежність між підвищенням показників максимальної діастолічної частоти на лівій внутрішній сонній артерії та зниженням швидкості сенсомоторних реакцій ( $r=0,34$ ;  $p=0,03$ ).

При підвищенні максимальної систолічної частоти на лівій надблоковій артерії та підвищенні спектрального розширення зменшується сумарна кількість запам'ятованих слів тесту Рея ( $r=0,4$ ;  $p=0,04$ ). Таким чином, погіршення кровообігу в басейні лівої внутрішньої сонної артерії призводить до зниження вербальної пам'яті та швидкості сенсомоторних реакцій.

Висновки

1. Результати досліджень стану церебральної гемодинаміки за допомогою УЗДГ судин брахіоцефальної ділянки у УЛПА з органічними психічними розладами свідчать про домінування атеросклеротичних, гіпертонічних змін судин, міжпівкульної асиметрії і порушення венозного відтоку, а також тенденції до підвищення лінійної швидкості кровотоку в загальних сонних артеріях та її зниження на внутрішніх сонних та хребцевих артеріях.

2. Міжпівкульна асиметрія виявляється у вигляді зниження кровотоку на лівій внутрішній сонній артерії.

3. Кореляційний аналіз доплерографічних та психометричних даних свідчить про пряму залежність показників вербальної пам'яті та швидкості сенсомоторних реакцій від кровопостачання в басейні лівої внутрішньої сонної артерії.

*Н.В. Денисюк, Е.Ю. Антипчук*

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ОБЛУЧЕННЫХ ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Научный центр радиационной медицины АМН Украины, г. Киев

Целью исследования было оценить состояние церебральной гемодинамики и связь с нейропсихологическими параметрами у больных с органическими психическими расстройствами после воздействия ионизирующего излучения вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. В исследование включено 60 УЛПА на ЧАЭС с энцефалопатией (органическим поражением головного мозга), которая возникла после работ по ЛПА на ЧАЭС, 55 мужчин и 5 женщин, их средний [M±SD] возраст составил 49,8±7,7 лет, дозы облучения были <1 Зв (0,21±0,17 Зв). Методы – клинические, психометрические (тест аудиторно-вербального обучения Рея, таблицы Шульте) и нейрофизиологические (УЗДГ- доплерография сосудов головного мозга). Выявлено снижение непосредственного запоминания, колебания произвольного внимания и скорости сенсомоторных реакций, асимметрия церебрального кровотока, преобладание атеросклеротических изменений артерий, снижение эластичности сосудистой стенки и склонность к стенозирующему процессу. Выявлена прямая зависимость показателей вербальной памяти и скорости сенсомоторных реакций от кровоснабжения в бассейне левой внутренней сонной артерии. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.34-39)

*N. V. Denysuk, K. Yu. Antipchuk*

## **ASSESSMENT OF CEREBRAL HAEMODYNAMICS AND NEUROPSYCHOLOGIC PARAMETERS IN PERSONS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS EXPOSED TO IONIZING RADIATION**

Scientific Center of Radiation Medicine, Kiev

The goal was to assess the cerebral haemodynamics and its relationships with neuropsychological indices in patients with organic brain damage following the Chernobyl accident. There were include 60 liquidators with encephalopathy (organic brain damage), following the Chernobyl accident. There were 55 men and 5 women 49,8±7,7 years old with doses <1 Sv (0,21±0,17 Sv). Methods – clinical, psychometrical (RAVLT, Shulte tables), neurophysiological (ultrasound dopplerographic). The examination revealed the decrease of immediate memory, fluctuation of arbitrary attention and speed of the sensemotor reactions, asymmetry of the cerebral haemocirculation, atherosclerotic changes of arteries, a tendency to stenotic process. The direct dependence of the verbal memory indices and speed of the sensemotor reactions from haemocirculation in left internal arteria carotis pool was revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.34-39)

## Література

1. Эпидемиология неопухолевых болезней участников ликвидации последствий Чернобыльской аварии / В.А. Бузунов, Н.П. Страпко, Е.А. Пирогова и др. // *Int. J. Rad. Med.* — 2001. — Vol. 3, № 3–4. — P. 9–25.
2. Low doses of ionizing radiation: health effects and assessment of radiation risks for emergency workers of the Chernobyl accident / A. Biryukov, A. Gorsky, S. Ivanov et al. / Ed. By G.N. Souchkevitch, M.N. Repacholi. — Geneva: World Health Organization, 2001. — 242 p.
3. Ликвидаторы Чернобыльской катастрофы: радиационно-эпидемиологический анализ медицинских последствий / В.К. Иванов, А.Ф. Цыб, С.И. Иванов и др. — М.: Галанис, 1999. — 312 с.
4. Radiation-epidemiological analysis of incidence of non-cancer diseases among the Chernobyl liquidators / V.K. Ivanov, A.M. Maksoutov, S.Yu. Chekin et al. // *Health Physics.* — 2000. — Vol. 78, № 5. — P. 495–501.
5. Динамика заболеваемости ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / А.П. Бирюков, В.К. Иванов, А.Ф. Цыб, и др. // *Мед. тр. пром. экол.* — 2000. — № 5. — С. 1–5.
6. Хронічний вплив малих доз опромінення на нервову систему: експериментальні дослідження та клінічні спостереження / За ред. Ю.П. Зозул. — К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. — 481 с.
7. Структурно-функциональные изменения центральной нервной системы при длительном эндогенном воздействии малых доз радиации (экспериментальные исследования) / Ю.А. Зозуля, М.И. Шамаев, А.Т. Носов и др. // *Материалы 2-й Междунар. конф. «Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы»* / Под ред. А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. — К.: Чернобыльинтеринформ. — 1998. — С. 236.
8. Психофизиологические последствия облучения / А.И. Нягу, К.Н. Логановский, К.Л. Юрьев, Л.Л. Здоренко // *Int. J. Rad. Med.* — 1999. — Vol. 2, № 2. — P. 3–24.
9. Ревенок О.А. Структурно-динамічна характеристика органічного ураження головного мозку в осіб, що зазнали впливу іонізуючих випромінювань внаслідок аварії на Чернобыльській атомній електростанції (клініко-катамнестичне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Укр. НДІ соціальної та судової психіатрії МОЗ України. — К., 1999. — 35 с.
10. Лисяний Н.И., Любич Л.Д. Роль нейроириммунных реакций в развитии послерадиационной энцефалопатии под влиянием малых и средних доз облучения // *Int. J. Rad. Med.* — 2002. — Vol. 4, № 1–4 (Special Issue). — P. 272–278.
11. Логановский К.Н. Нейрофизиологические основы формирования экзогенно-органических церебральных нарушений после воздействия ионизирующих излучений // *Журн. психиатр. мед. психол.* — 2001. — Т. 1, № 8. — С. 70–75.
12. Логановський К.М. Психічні розлади при дії іонізуючого випромінювання внаслідок Чернобыльської катастрофи: нейрофізіологічні механізми, уніфікована клінічна діагностика, лікування: Дис... д-ра мед. наук: 03.00.01, 14.01.16 / Науковий центр радіаційної медицини АМН України. — К., 2002. — 462 с.
13. Верифікація органічного ураження головного мозку у віддалений період гострої променевої хвороби / К.М. Логановський, О.М. Коваленко, К.Л. Юр'єв та ін. // *Укр. мед. часопис.* — 2003. — Т. 6, № 38. — С. 70–78.
14. Руденко А.Ю., Башкірова Л.М., Корженевський Л.В. До питання про класифікацію, клініку та перебіг ранніх форм цереброваскулярних захворювань // *Укр. мед. часопис.* — 2003. — № 3, вип. 35. — С. 54–60.
15. Никитин Ю.М., Труханів А.И. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний. — М.: Видар, 1998. — 432 с.
16. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Цереброваскулярный резерв при атеросклеротическом поражении брахиоцефальных артерий. — К.: Укрмед, 2001. — 180 с.
17. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. — М.: Медицина, 1991. — 640 с.
18. Schmidt M. Rey Auditory Verbal Learning Test: A Handbook (RAVLT). — Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc., 1997. — 125 p.
19. Здоренко Л.Л. Характеристика психічної працездатності в учасників ліквідації наслідків аварії на Чернобыльській АЕС: Дис... канд. мед. наук: 03.00.01 / Науковий центр радіаційної медицини АМН України. — К., 2002. — 189 с.

Поступила в редакцию 14.05.2004

УДК 616.85+616.33/.34]-08-039.5:615.851

*В.С.Подкорытов, О.В.Скрынник***СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: соматоформные расстройства

Одной из важнейших задач проводящегося в нашей стране реформирования психиатрической службы является ее максимальное приближение к населению. Это обуславливает необходимость тесного взаимодействия психиатрических диспансеров с другими медицинскими учреждениями. В первую очередь с теми, в которых оказывается первичная медицинская помощь – т.е. общесоматическими поликлиниками. Одним из перспективных направлений такого сотрудничества психиатрической и общесоматической служб выступает обеспечение необходимого комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий больным соматоформными расстройствами (F 45). Последние широко распространены в населении, но их лечение продолжает оставаться не достаточно эффективным. В частности соматоформная патология органов пищеварения в последние десятилетия считается одной из наиболее распространенных форм заболеваний в гастроэнтерологической практике. По данным различных авторов, она встречается у 30-70 % амбулаторных пациентов, предъявляющих жалобы на дисфункцию ЖКТ. При этом во всей группе соматоформных расстройств такая патология занимает третье место после хронического соматоформного болевого расстройства и синдрома *Da Cost'a*. Ее удельный вес достигает 25-36 % в структуре общей заболеваемости населения соматоформными расстройствами [2, 6].

Наиболее известными клиническими вариантами соматоформных расстройств органов пищеварения является функциональная диспепсия, пилороспазм и синдром раздраженной кишки. Согласно с МКБ-10 они относятся к Главе V «Психические и поведенческие расстройства» и соответственно имеют шифры F 45.31 - соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и F 45.32 - соматоформная вегетативная дисфункция нижне-

го отдела желудочно-кишечного тракта. Однако лица, страдающие соматоформными дисфункциями ЖКТ, крайне редко обращаются за помощью в психиатрические учреждения, т.к. не считают себя психически больными. При этом актуальность проблемы обеспечения их эффективной медицинской помощью обусловлена не только собственно медицинской, но и социальной ее значимостью.

Больные соматоформными расстройствами, как правило, часто и безуспешно обращаясь за помощью к врачам-соматологам, подвергаются многочисленным и малооправданным лечебно-диагностическим процедурам. Стоимость и трудоемкость последних, в сочетании с назначением в большинстве случаев неадекватной и малоэффективной терапии, могут рассматриваться, как отдельная социально-экономическая проблема [3]. Более того, на каждого такого больного врачом-соматологом расходуется в несколько раз больше времени, чем на собственно терапевтических пациентов. Так в исследовании, проведенном Б. Любаном-Плюцци (2000), установлено, что лица с жалобами психосоматического характера занимают до 50 % рабочего времени врача-интерниста [1]. Следует отметить, что значительная часть таких больных, не получив эффективного лечения у интернистов амбулаторно, госпитализируется в те или иные терапевтические стационары. Наше мониторинговое обследование 230 пациентов гастроэнтерологического стационара показало, что соматизированные депрессивные и соматоформные расстройства ЖКТ имеют место у 60 % из них. Однако адекватной патогенетической терапии они не получали. Поэтому, из-за существующего в населении предубеждения к психиатрическим учреждениям, имеющейся стигматизации лиц, обратившихся за помощью к психиатру, обеспечение эффективного лечения данной патологии в общесоматических медицинских учреждени-



ях, прежде всего в местных поликлиниках, является в нашей стране актуальной проблемой.

В настоящее время у врачей-интернистов имеет место ряд объективных и субъективных трудностей в лечебных подходах к пациентам с соматоформными расстройствами которые во многом связаны с особенностями организации их адекватной курации. Во-первых, учитывая патогенез заболевания, существует объективная необходимость назначения таким больным вместе с препаратами, непосредственно воздействующих на функции органов пищеварения, и определенных психотропных средств. Причем последние в большинстве случаев должны выступать в качестве базисной терапии. Во-вторых, принимая во внимание наличие у таких больных не только генетически детерминированных особенностей характера, но и патологически сформированных паттернов пищевого поведения, целесообразно включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для них адекватных психотерапевтических методик. Их использование дает возможность потенцирования собственно медикаментозного воздействия. Однако, большинство врачей-интернистов субъективно не готовы к включению в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для таких больных психиатрических методов и приемов.

В настоящее время эффективная медицинская помощь пациентам с соматоформными расстройствами органов пищеварения может и должна быть организована в условиях местной поликлиники или же в психосоматических отделениях общесоматических больниц. Однако для этого необходимо активное участие в лечебном процессе и врача-психотерапевта или психиатра. Наш опыт показывает, что диагностика и лечение соматоформных расстройств органов пищеварения могут успешно осуществляться в четыре этапа.

На первом этапе врач-интернист общесоматической поликлиники устанавливает диагноз соматоформной вегетативной дисфункции органов пищеварения согласно «Римским диагностическим критериям» (1992) и критериям МКБ-10 для рубрик F 45. 31-32. В настоящее время это, как правило, осуществляется с помощью проведения больному ряда специфических диагностических процедур. Среди них и такие, как иригоскопия или фиброгастроуденоскопия, которые являются достаточно нефизиологическими, трудоемкими и требуют значительных финансовых затрат. Поэтому остро стоит вопрос о создании и внедрении в амбулаторную практи-

ку врачей общесоматических поликлиник простой клинической диагностической шкалы для эффективного выявления соматоформных расстройств ЖКТ. Такая шкала позволила бы им уже на первичном терапевтическом приеме поставить больному предварительный диагноз соматоформного расстройства и назначить ему адекватную терапию. Для правильной оценки состояния больного врачу – интернисту необходимо сопоставить его гастроинтестинальные жалобы и результаты соматического обследования с интегральной оценкой психического состояния и личности пациента. Это следует соотносить с пережитой им стрессовой ситуацией, которая могла стать причиной данного заболевания.

На втором этапе, после установления врачом-интернистом диагноза соматоформного расстройства, может проводиться необходимое медикаментозное лечение. В современных условиях это представляет достаточно сложную задачу, так как требует от врачей-интернистов комбинированного назначения как соматотропной, так и психотропной терапии. В настоящее время преимущество ими отдается лишь соматотропной фармакотерапии с использованием следующих классов медикаментозных средств: а) спазмолитиков для коррекции моторной функции желудочно-кишечного тракта и купирования алгического синдрома; б) пробиотиков для нормализации микрофлоры ЖКТ; в) ферментных препаратов для улучшения процессов всасывания в кишечнике. Такой подход в случаях соматоформных расстройств ЖКТ, как правило, оказывается малоэффективным. Одним из традиционных методов коррекции нарушений функции органов пищеварения является диетотерапия, которая так же не может выступать альтернативой необходимой для таких больных психотерапии. Однако, психотропные препараты врачами-интернистами практически не используются или назначаются неадекватно.

Следует иметь в виду, что выбор психотропного способа диктуется синдромальной структурой психопатологических проявлений, особенностями их сочетания с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Так при наличии тревожной симптоматики достаточно эффективным может быть кратковременный курс транквилизаторов с дополнительным вегетотропным действием, таких как гидазепам. Однако наиболее показано назначение таким больным антидепрессантов. В частности – серотонинергического действия, к которым при

необходимости добавляются прокинетики. Некоторые авторы отмечают у таких больных положительное комплексное воздействие сульпирида не только на психопатологические, а и на собственно соматоформные проявления. Он влияет как на тревожно-депрессивную симптоматику, так и на тяжесть абдоминалгий. В то же время сульпирид показал свою низкую эффективность по сравнению с антидепрессантами при лечении запоров [5,6]. Фармакотерапия всегда должна сочетаться с проведением того или иного вида психотерапии. Наиболее успешно врач-интернист может применять рациональную и так называемую потенцированную психотерапию.

Если на фоне комплексной медикаментозной терапии у пациента не наступает выраженного улучшения, то на третьем этапе к врачу-интернисту присоединяется психотерапевт. Среди наиболее перспективных психотерапевтических методик лечения соматоформных расстройств ЖКТ в данное время считается когнитивно-бихевиоральная терапия. N. Talley с соавторами (1996), отмечая возможность эффективного применения когнитивно-бихевиоральной методики для лечения таких пациентов считает, что ее успех во многом определяется позитивным влиянием на ряд важных патогенетических звеньев формирования соматоформных расстройств - на повышенную возбудимость вегетативной нервной системы с выборочным вниманием к телесным функциям и избегающим формам поведения [7]. Когнитивная терапия направлена на перестройку дисфункционального мышления, которое и стимулирует негативные эмоции, на разрушение часто имеющих место у таких больных неблагоприятных стереотипов межличностного общения [4]. Она помогает пациенту обеспечить адекватный контроль за своими эмоциями не за счет их подавления, а путем оптималь-

ной саморегуляции. Бихевиоральная психотерапия непосредственно направлена на преодоление у пациента пассивности, реакций избегания и вегетативной дисфункции. В то же время, вопрос создания более кратковременной, экономичной и эффективной методики психотерапии больных соматоформной вегетативной дисфункцией органов пищеварения по-прежнему остается актуальным.

При недостаточной эффективности амбулаторной терапии больных соматоформными расстройствами органов пищеварения на четвертом этапе рекомендуется их лечение в условиях специализированного стационара. Это могут быть как отделения пограничных состояний в психиатрических больницах, так и психосоматические отделения в общесоматических больницах (лучше). В них пациентам может проводиться более сложное и высокоспециализированное комплексное соматотропное, психофармакотропное и психотерапевтическое лечение.

Таким образом, среди имеющихся в настоящее время проблем с обеспечением эффективной терапией пациентов с соматоформными расстройствами необходимо выделить четыре основных. Во-первых, это необходимость правильной и быстрой диагностики данных расстройств уже в условиях общесоматической поликлиники. Во-вторых, это проведение им комплексного соматотропного, психотропного и психотерапевтического лечения преимущественно врачами-интернистами при их тесном взаимодействии с психиатрами. В-третьих, это потребность в снижении себестоимости лечения, что обуславливает предпочтительность амбулаторного варианта его проведения. В-четвертых - успешное решение всех вышеуказанных проблем не возможно без активного участия в этом процессе врачей-психиатров.

*В.С. Підкоритов, О.В. Скринник*

## **СУЧАСНА ТЕРАПІЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті розглянуті сучасні принципи терапії соматоформних розладів органів травлення, запропонована організаційна модель медичної допомоги хворим з даною патологією. Також викладена система поетапної комплексної терапії даної патології. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.40-43)

**SOMATOFORM DISORDERS OF DIGESTION, PSYCHOPHARMACOTHERAPY,  
PSYCHOTHERAPY**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS Ukraine

In the article modern principles of treatment somatoform disorders of digestion and the organizational model of a medical aid to the patient with this disorder offered. Also the system of complex therapy of this disorder is described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.40-43)

*Литература*

1. Любан-Плоца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Педерак-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб, 2000. — 287с
2. Михайлов Б.В., Сарвир И.Н., Мирошниченко Н.В., Баженов А.С., Омельченко С.В. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Вісник психіатрії та психофармакології. — 2002, №1. — С.38-43.
3. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшматритян С.С. Соматизированные психические нарушения // Журн. неврол. и психиатр. — 2001. — № 2. — С.57-61.
4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель

депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. — 1998 - №1. — С 94-101.

5. Barsky A.J. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. // Psychosomatics. — 1992. — V. 33. — P. 28 – 34.

6. Camilleri M., Choi M.G. Review article: irritable bowel syndrome. // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1997. — V. 11. — P. 3 – 15.

7. Talley N., Owen B., Boyce P., Paterson K. Psychological treatment for irritable bowel syndrome: a critic of controlled treatment trials // Amer. J. of Gastroenterology. — 1996. -Vol.91. — N.2. — P.24-37.

Поступила в редакцию 17.05.2004

УДК: 616.895.4 – 053.82 – 07 - 084

*В.Л. Гавенко, К.Р. Брагина, М.Н. Хаустов***АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ТРЕВОЖНОЙ И ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В КОЛОНИИ-ПОСЕЛЕНИИ**

Харьковский государственный медицинский университет

Ключевые слова: социальная изоляция, строгая регламентация поведения, социальные факторы, тревожная и депрессивная симптоматика, лица молодого возраста, колония-поселение

Лишение свободы остается основным видом уголовного наказания за совершенное правонарушение. Состояние уровня преступности и комплекс мероприятий, применяемых для его снижения, не дают оснований полагать, что в ближайшее время в законодательстве появятся более эффективные меры уголовного наказания, альтернативные лишению свободы. Сущность исполнения уголовного наказания, которое осужденные отбывают по приговору суда, выражается в соответствующих правоограничениях: чем суровее наказание, тем больший объем правоограничений устанавливается законодательством для осужденных [1]. Следовательно, степень правоограничений соответствующим образом отражается на качестве жизни осужденных.

Согласно Уголовному кодексу Украины, одной из форм наказания в виде лишения свободы являются исправительно-трудовые колонии-поселения, где отбывают наказание совершеннолетние осужденные, поступившие в данное учреждение по приговору суда, а также переведенные по определению суда из колонии общего, строгого режимов и воспитательной колонии. В колонии-поселения переводятся осужденные, положительно характеризующиеся и отбывшие не менее одной трети срока наказания, назначенного судом за совершение менее тяжкого преступления, не менее половины срока наказания - за совершение тяжкого преступления, не менее двух третей срока наказания - за совершение особо тяжкого преступления.

Отбывание наказания в режиме поселения характеризуется менее строгими режимными ограничениями мероприятиями и более широкими социальными контактами. В колониях-поселениях осужденные: содержатся под надзором, но без охраны; пользуются правом свободного передвижения в пределах территории колонии в часы от подъема до отбоя; могут пере-

двигаться с разрешения администрации без надзора вне территории колонии, если это необходимо по характеру выполняемой ими работы либо в связи с обучением; носят одежду гражданского образца; могут иметь при себе деньги и ценные вещи, пользоваться деньгами без ограничения; могут вести телефонные разговоры, получать и отправлять посылки, передачи и бандероли без ограничения. Осужденные имеют право на получение ежемесячно одного длительного свидания. По просьбе осужденного длительное свидание может быть представлено вне территории колонии-поселения. Краткосрочные свидания предоставляются без ограничения и, как правило, в свободное от работы время. Осужденные проживают в общежитиях комнатного типа. Осужденным, не нарушающим режим содержания и имеющим семьи, по постановлению начальника учреждения может быть разрешено отдельное проживание со своими семьями на территории колонии-поселения или вне ее. Эти лица обязаны являться для регистрации в порядке, установленном правилами внутреннего распорядка. Жилище осужденных может посещаться в любое время суток представителем администрации колонии-поселения. Осужденным разрешается заочно обучаться в высших и средних специальных учебных заведениях, расположенных в районе дислокации учреждения [6]. Сопоставление условий содержания и уровня правоограничений в колонии-поселении с иными исправительно-трудовыми учреждениями свидетельствует, что у первых качество жизни осужденных существенно выше по многим параметрам.

Вместе с тем, так же как и осужденные, отбывающие наказание в местах заключения с более жестким режимом содержания, в колониях-поселениях они обязаны выполнять возложенные на них юридические обязанности: не-

сти ответственность за совершенное правонарушение, выполнять установленные режимом предписания, нести ответственность за неисполнение предписанных действий [1]. Соответственно, пребывание в колонии-поселении за совершенное правонарушение, хоть и является наиболее мягкой формой наказания, но качество жизни осужденных и условия их содержания, включающее законное ограничение социальных контактов и регламентацию поведения, - является хронической стрессогенной ситуацией, которая при отсутствии достаточных резервов психического здоровья, может способствовать развитию психических расстройств. Несмотря на

то, что в последнее время резко возрос интерес к проблеме психического здоровья лиц, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях [2-5], в проанализированной литературе мы не встретили работ, в которых оценивалось психическое состояние лиц, отбывающих наказание в колонии-поселении.

Целью данной работы явилось изучение факторов, которые сочетались с возникновением психогенно-ситуационных тревожных и депрессивных расстройств у лиц молодого возраста, отбывающих наказание в колонии-поселении, т.е. находящихся в условиях социальной изоляции и регламентации поведения.

### **Материал и методы исследования**

Объектом исследования явились 66 заключенных мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет, отбывающих наказание в исправительно-трудовой колонии - поселении.

В ходе работы были использованы следующие методы: анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический. Исследование проводилось в два этапа. Первый осуществлялся в форме скрининга с использованием шкалы тревожности Спилберга – Ханина и шкалы депрессии (SCL –90), что предполагало выделение круга лиц с тревожными и депрессивными расстройствами. На втором этапе, у лиц обнаруживших по скрининговым шкалам завышенные показатели тревоги и

депрессии, проводилось анкетирование по разработанной нами методике с целью выявления факторов, сочетавшихся с возникновением аффективной патологии (рацпредложение № 242 (22) - ХГМУ. - 15.12.2003). Сумма баллов, полученная по каждому из факторов (максимально возможная – 90 баллов), указывала на степень его субъективной значимости для обследованного контингента. На третьем этапе проводилось целенаправленное интервьюирование, изучение анамнеза, углубленное экспериментально-психологическое исследование с обобщающей клинико-психопатологической оценкой, завершившееся в соответствующих случаях установлением клинического диагноза согласно стандартам МКБ –10.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из числа обследованных 45,5% лиц осуждено за кражу личного имущества граждан (ст. 185 УК); 30,3% – изготовление, приобретение, хранение, перевоз наркотических либо психоактивных веществ без цели их реализации (ст. 309 УК); 4,55% - имеют судимость по двум выше-названным статьям. За умышленное нанесение телесных повреждений средней тяжести (ст. 122 УК) отбывают наказание - 4,5%, за подделку знаков почтовой оплаты и проездных билетов (ст. 215 УК) - 3,0%, разбой (ст. 187 УК) - 3,0%. За совершение изнасилования (ст. 152 УК), мошенничество (ст. 190 УК), умышленное уничтожение имущества граждан (ст. 194 УК), хулиганство (ст. 296 УК), укрывательство преступления (ст. 396 УК) или использование средств, полученных от незаконного оборота наркотических средств (ст. 306 УК) - осуждено по каждой статье по 1,5% отбывающих наказание.

Средний возраст обследованных заключен-

ных составил 21,3 года. До правонарушения 37,88% заключенных проживало в областных центрах, 36,38% - в районных центрах, 25,76% - в сельской местности. Вышли из семей рабочих - 62,12% осужденных, работников сельского хозяйства - 21,21%, служащих - 12,12%; у 1,52% лиц - родители занимались частным бизнесом; 3,04% - воспитывались в интернате. Неполное среднее образование (9 классов) получили - 36,36%, окончили среднюю школу - 40,91%; имеют среднее специальное образование - 19,7%; до осуждения обучались в ВУЗе - 3,03%.

Результаты скринингового обследования показали, что у всех 66 лиц, отбывающих наказание в режиме поселения, на момент проведения осмотра имели место эмоциональные отклонения или аффективные расстройства. В ходе углубленного клинико-психопатологического обследования выделено 5 групп. Из них 3 группы образовали осужденные с ситуативно-обуслов-

ленными эмоциональными отклонениями психологического уровня (первая - с аггравацией депрессии (10,61%); вторая - с психологической реакцией на соматическое заболевание или физическое истощение (19,7%); третья - с состоянием психоэмоционального напряжения без признаков аффективной патологии (7,58%)). Четвертую и пятую группу составили лица с субклиническими (46,97%) и клиническими (15,15%) аффективными расстройствами.

Анализ ситуации пребывания в пенитенциарном учреждении позволил выделить две группы факторов, имевших особую значимость для заключенных молодого возраста, у которых выявились эмоциональные отклонения или тревожная и депрессивная симптоматика. Первая группа - субъективно-негативные факторы, т.е. воспринимаемые крайне неприятно и переживаемые как «запрет делать то, что разрешено на свободе» или «навязывание того, что на свободе можно не делать». Вторая группа - субъективно-позитивные факторы, т.е. те, которые облегчают пребывание в условиях жесткой социальной изоляции и строгой регламентации поведения. По результатам анализа каждая из выделенных групп разделилась на следующие подгруппы:

#### I. Субъективно-негативные факторы:

1. Связанные с жесткой регламентацией поведения и ограничительными мерами:

а) ограничения преимущественно физического порядка (пребывание под постоянной охраной и надзором; наказание за нарушение режима; высокие физические нагрузки, тягостные условия проживания, однообразное питание; невозможность удовлетворения половой потребности и др.);

б) ограничения преимущественно психологического порядка, т.е. сопутствующие принципам принудительного перевоспитания и неоднозначно воспринимаемые различными индивидуумами (трудность адаптации к новым условиям; ограничения свободного общения; регламентация личного времени; необходимость длительного проживания с одним и тем же кругом лиц; конфликты с администрацией и заключенными и др.);

2. Факторы, обусловленные преимущественно социально-коммуникативной изоляцией с внешним миром (отсутствие известий от родных, подруги (жены); невозможность помочь родным в решении материальных вопросов и семейных конфликтов; невозможность употреблять алкоголь, курить в достаточном количестве;

недостаток средств массовой информации; однообразие проведения досуга; невозможность продолжить учебу и др.);

#### II. Субъективно-позитивные факторы:

1. Возможность реализации социальных контактов с внешним миром, разрешенных в спецучреждениях (длительные и краткосрочные свидания с родными, переписка; возможность уклонения от нежелательного контакта с отдельными родственниками или знакомыми; участие в художественной самодеятельности и др.);

2. Связанные с изменением личности, включая ценностную ориентацию, самовосприятия и самооценки (изменение отношения к жизненным ценностям; стремление отойти от прошлой «криминальной» жизни; внутреннее чувство «возмужания» и «повзросления»; повышение способности к преодолению физических и моральных трудностей др.);

3. Связанные с перспективой использования опыта, полученного в местах лишения свободы (приобретение дополнительной специальности; обогащение жизненного опыта в целом или же предполагаемое повышение собственного «авторитета» в нынешнем и прежнем кругу общения и др.).

Судя по количеству набранных баллов, среди субъективно-негативных факторов заключенные наиболее часто выделяют факторы, связанные с социально-коммуникативной изоляцией (группа 2): невозможность в данный момент помочь родным в решении материальных проблем и семейных конфликтов (соответственно, 70 и 65 баллов), отсутствие вестей из дома, неприятные известия от родных (по 67 баллов), ограничения в получении информации - невозможность регулярно смотреть телевизор, слушать радио, читать газеты (42 балла).

Среди ограничений преимущественно психологического порядка (группа 1б), наибольшую сумму баллов набрали: отсутствие перспективы досрочного освобождения (58 баллов), моральные оскорбления (унижение) и физическое унижение со стороны других заключенных (соответственно, 48 и 44 балла), ограничения в общении с родными и близкими (46 баллов), невозможность расслабиться из-за необходимости постоянно контролировать собственное поведение (41 балл).

Среди воздействий и ограничений преимущественно физического порядка (группа 1а) заключенными как наиболее субъективно-значимые определяются следующие факторы: недостаточное разнообразное и полноценное питание (44

балла), контакт с вредными материалами и веществами в ходе трудового процесса (42 балла).

В группу факторов, которые заключенные оценивают как малозначительные, отнесены следующие особенности пенитенциарных условий жизни: отсутствие возможности употреблять наркотические вещества и алкоголь (соответственно, 4 и 5 баллов), необходимость пройти принудительное лечение в связи с выявлением зависимости от психоактивных веществ (8 баллов). Небольшое количество баллов по данным пунктам объективно связано с относительно малым числом осужденных – поселенцев страдавших (согласно анамнезу) зависимостью от наркотических веществ и алкоголя. Однако, как тяжело переносимое обстоятельство заключенные выделяют вынужденное ограничение курения табака (38 баллов), при этом, подавляющее большинство обследованных являлись курильщиками с большим стажем.

В литературе подчеркивается, что в местах лишения свободы мужчины очень тягостно переносят ограничение в удовлетворении половой потребности (Пирожков В.Ф., 1998). Результаты, полученные в ходе нашего исследования не подтверждают приведенный выше вывод в силу особенностей отбывания наказания в условиях колонии-поселении. Режим поселения позволяет устанавливать более широкие социальные контакты с населением. По распоряжению начальника учреждения лица, имеющие семьи, могут совместно проживать с родными на территории колонии. Вследствие указанного, при распределении изученных факторов по убывающей степени субъективной значимости - невозможность удовлетворения сексуальной потребности оказалась на 42 месте из 47. Такого рода лишение переносится тяжелее теми лицами, которые не имели сексуального опыта до осуждения.

При оценке субъективно-позитивных факторов, т.е., облегчающих нахождение в условиях изоляции, наиболее значимой для заключенных оказалась возможность реализации допустимых социальных контактов с внешним миром (группа 1): длительные (59 баллов) и краткосрочные (58 баллов) свидания с родными и близкими; переписка с родственниками и друзьями (53 балла) или подругами (45 балла). Заключенные отмечают, что длительные свидания приносят большее морально-психологическое удовлетворение, чем краткосрочные. Такая форма встречи как длительное свидание с совместным проживанием позволяет удовлетворять целый ряд потребностей, подвергающихся ограничениям в

условиях пенитенциарных учреждений: физиологических (улучшенное питание, сексуальный контакт с женой), информационно-коммуникативных (обмен семейными новостями, обсуждение семейных проблем и совместное принятие решений), эмоционально-коммуникативных (внимание к себе со стороны близких, забота, утешение и др.). Заключенные подчеркивают, что наказание в виде ограничения или запрета на свидание переживаются ими особенно сильно и глубоко.

По результатам исследования, у осужденных выявлены следующие субъективно-позитивные изменения личности, произошедшие за время отбывания наказания (группа 2): намерение выйти из прежней «криминальной» среды (50 баллов), внутреннее ощущение повзросления, устойчивость к моральным трудностям (по 46 баллов), способность найти свое место в коллективе, устойчивость к физическим трудностям (по 42 балла).

Перспектива использования жизненного опыта и профессиональных знаний, полученных в местах лишения свободы (группа 3), отмечена осужденными как позитивный момент их пребывания в условиях пенитенциарной системы. Выделенные факторы распределились следующим образом: обогащение жизненного опыта (55 баллов), получение конкретной дополнительной специальности (37 баллов), обретение жизненных и хозяйственно-бытовых навыков (29 баллов). При этом основная часть опрошенных не считает, что «отбывание срока» повысит их авторитет в кругу знакомых.

Таким образом, результаты анализа позволяют сделать следующее заключение:

- оценка степени значимости субъективно-негативных и субъективно-позитивных факторов у заключенных не обнаружила взаимосвязи с характером правонарушения, сроком отбываемого наказания и степенью выраженности эмоциональных отклонений или аффективных расстройств;

- условия социальной изоляции и регламентации поведения, отбывающих наказание в колонии-поселении, сочетаются с широкой распространенностью эмоциональных отклонений (37,88%) и тревожных или депрессивных расстройств (62,12%), что свидетельствует о необходимости их своевременного распознавания и проведения адекватных психопрофилактических мероприятий;

- в связи с тем, что в колонии-поселении социальные контакты с внешним миром имеют особую позитивную значимость для осужден-

ных, а их депривация переживается острее, чем ограничения физического порядка, то расширение реализации допустимых социальных контактов (т.е.

улучшение качества жизни) следует рассматривать как одно из главных направлений в профилактике эмоциональных отклонений и расстройств.

*В.Л. Гавенко, К.Р. Брагіна, М.Н. Хаустов*

## **АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО СПОЛУЧАЮТЬСЯ З ВИНИКНЕННЯМ ТРИВОЖНОЇ ТА ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ВІДБИВАЮЧИХ ПОКАРАННЯ У КОЛОНІЇ-ПОСЕЛЕННІ**

Харківський державний медичний університет

У роботі проведено вивчення факторів, пов'язаних з умовами соціальної ізоляції і строгої регламентації поведінки, що сполучилися з виникненням психогенно-ситуаційних тривожних і депресивних розладів серед осіб молодого віку, що відбувають покарання в колонії-поселенні. Широка поширеність емоційних відхилень і тривожних або депресивних розладів серед ув'язнених свідчить про необхідність їхнього своєчасного розпізнання і проведення адекватних психопрофілактичних заходів, що стосуються як поліпшення умов утримання, праці і відпочинку засуджених, так і розширення мір, спрямованих на зм'якшення соціально-комунікативної депривації в місцях позбавлення волі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.44-48)

*V.L. Gavenko, K.R. Bragina M.N. Khaustov*

## **ANALYSIS OF THE FACTORS COMBINED TO OCCURRENCE OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SEMIOLOGY AT YOUNG AGE PERSONS DOING TIME IN THE COLONY - SETTLEMENT**

The Kharkov State Medical University

In work studying of the factors connected to conditions of social isolation and a strict regulation of behavior which were combined with occurrence of psychogenic-situational anxiety and depressive disorders at the young age persons who are doing time in a colony - settlement is spent. Wide prevalence of emotional deviations and anxiety or depressive disorders among prisoners to point at necessity of their timely recognition and realization of the adequate psychoprophylaxis actions concerning of the criminals custody, work and rest conditions improvement and expansions of the measures directed on mitigation of social - communicative deprivation in places of imprisonment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.44-48)

### *Литература*

1. Бандурка А.М., Севастьянов В.П. Правовое положение осужденных к лишению свободы: [Пособие]. — Х.: Основа, Ун-т внутр. дел, 1997. — 242 с.
2. Гавенко В.Л. Проблеми надання психіатричної допомоги підліткам, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи // *Експериментальная и клиническая медицина*. — 2000. - №3. С. 66-67.
3. Еникеев М.И. Основы общей и юридической психологии /

- учебник для ВУЗов. — М.: Юристъ, 1996. — с.605-611.
4. Кожина А.М. Структура психических рсстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы. *Український вісник психоневрології* - том 10, вип.1(30) — 2002. — С.124-125.
5. Пирожков В.Ф. Криминальная психология. — Москва: Издательство «Ось-89» 1998. — с.7-20.
6. Уголовный кодекс Украины (с изменениями и дополнениями). — Х.: ООО «Одисей», 2004. — 256 с.

Поступила в редакцию 20.05.2004



УДК 616.89-02:547.262

*А.М. Бачеріков, В.Н. Кузьмінов, А.Г. Назарчук***ПСИХООРГАНІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ПСИХОЗ**

Інститут неврології психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: залежність від алкоголю, гострий психоз, психорганічний синдром, якість життя

З 1990 по 2000 рік має місце більш ніж двократний ріст захворюваності на алкогольні психози (з 0,8 до 2,2 на 10 тисяч населення). Лікування гострих психозів у хворих із залежністю від алкоголю є невирішеною проблемою одним з проявів чого є висока летальність цієї групи хворих. Спектр соматичних захворювань, психічних розладів у хворих із залежністю від алкоголю досить широкий [1]. Психотичні порушення у хворих із залежністю від алкоголю за звичай включають стан відміни алкоголю з делірієм

F10.5, делірії іншої етіології F05, органічні психози F06 [2]. При тяжкому перебігу стан відміни алкоголю з делірієм має спільні ознаки з органічними психотичними порушеннями, при цьому після купіровання психотичних порушень спостерігаються різноманітні варіанти психорганічного синдрому, який часто має транзиторний характер.

Метою даної роботи стало вивчення показника якості життя хворих із залежністю від алкоголю, що перенесли гострий психоз з тяжким перебігом.

**Матеріал та методи дослідження**

Клінічний, клініко-лабораторний, комп'ютерної томографії (при необхідності), статистичний. Тяжкість деліріозного синдрому оцінювалась за спеціально розробленою шкалою. Показник якості життя вивчався за методикою J.E. Mezzich з урахуванням досвіду застосування її в Україні [3,4].

Загальна характеристика обстежених хворих.

Критерії виключення. Пацієнти, які мали в анамнезі дані за ендогенні психічні захворювання (рубрики F2, F3 МКХ-10).

Згідно МКХ-10, у всіх досліджених хворих було діагностовано синдром залежності від алкоголю F10.2.

Було досліджено 60 хворих, що були госпіталізовані до Центру інтенсивної терапії та реанімації психозів Харківської клінічної психіатричної лікарні № 15. Пацієнти згідно МКХ-10 були розподілені на 3 групи.

1 група - пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F 10.4 – 25 пацієнтів.

2 група – пацієнти з делірієм змішаної етіології F05.8 – 20 пацієнтів

3 група – пацієнти делірієм необумовленим зловживанням психоактивних речовин F05– 15 пацієнтів.

Усі досліджені – чоловіки.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Хворі першої групи в своїй більшості госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря психіатра швидкої допомоги. Вік хворих становив 37-53 років. Стаж синдрому залежності (за даними анамнезу) від алкоголю становив 10 –15 років. Деліріозний синдром з'являвся на перший –третій день відміни алкоголю. У всіх досліджених хворих мала місце різноманітна соматична патологія. Найчастіше у хворих діагностувалися кардіоміопатії, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. У всіх досліджених хворих відмічалася різноманітна патологія печінки, що підтверджувалася клінічними

та лабораторними дослідженнями. Але супутня соматична патологія була компенсована на час госпіталізації.

Хворі другої групи переводилися із соматичних стаціонарів (або обстежились в соматичних стаціонарах) у 40% випадків, в 60 % випадків госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря психіатра швидкої допомоги. У хворих мала місце різноманітна соматична патологія. На відміну від хворих першої групи соматична та неврологічна патологія мала декомпенсований характер, свідомостю чого були дані ретельного вивчення сомато-неврологічного статусу хворих

та данні клініко-лабораторного дослідження. Вік хворих становив 49-65 років. Стаж синдрому залежності (за даними анамнезу) від алкоголю становив 10-15 років. Деліріозний синдром з'являвся на другий - четвертий день відміни алкоголю. У 12 хворих психотичний стан мав ознаки судинного делірію, що розпочався на фоні стану відміни алкоголю. 6 хворих було переведено із соматичного стаціонару де вони лікувалися в зв'язку з гіпертонічною хворобою. Перед розвитком психотичної симптоматики мав місце гіпертензійний синдром (систоличний артеріальний тиск становив  $176\pm 38$ ). Після психотичної симптоматики у хворих виявлялися достовірні ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. 8 хворих в стані відміни алкоголю перенесли черепно-мозкову травму, яка самостійно могла бути чинником деліріозного синдрому. У 6 хворих була діагностована субарахноїдальна кровотеча. У всіх хворих цієї групи з лікувально-діагностичною метою проводилась люмбальна пункція, комп'ютерна томографія головного мозку.

Хворі третьої групи переводились із соматичних стаціонарів в 87 % випадків, в 13% госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря психіатра швидкої допомоги після консультації. У хворих мала місце різноманітна соматична патологія. На відміну від хворих першої групи соматична та неврологічна патологія мала декомпенсований характер свідомостю чого були дані ретельного вивчення сомато-неврологічного статусу хворих та данні клініко-лабораторного дослідження. Вік хворих становив 29-55 років. Стаж синдрому залежності (за даними анамнезу) від алкоголю становив 10-15 років. Психотичні порушення з'являлися не тільки в стані відміни, але й в стані сп'яніння. У трьох хворих мав місце некомпенсований цироз печінки, 75 - гострий холецистопанкреатит, 77 - тяжка пневмонія. Хворі переводились із терапевтичних відділень де проходили лікування в відповідних соматичних стаціонарах.

Помірний лейкоцитоз, прискорення СОЕ, помірний подвиг формули вліво відмічався у багатьох хворих усіх груп, помірна анемія мала місце у хворих всіх трьох груп, значна анемія у 3 хворих третьої групи. Концентрація білірубіна (як прямого так і непрямого) в більшості випадків була близька до норми або незначно підвищена у хворих третьої групи. Активність трансаміназ в більшості випадків була різко підвищена у хворих всіх трьох груп. До лікування рівень трансаміназ достовірно не відрізнявся в групах хворих. АСТ в першій групі хворих

мала показники  $1,6\pm 0,04$ , АЛТ  $1,97\pm 0,19$ . АСТ в другій групі хворих -  $1,53\pm 0,04$ , АЛТ  $1,57\pm 0,19$ . У третій групі хворих АСТ мала показники  $1,7\pm 0,04$ , АЛТ  $1,59\pm 0,18$ . Підвищення амілази крові та сечі мало місце у 5 хворих третьої групи. Загальна концентрація білка, глюкози у крові в більшості випадків не виходила за показники відповідних варіантів норми. Аміак, сечовина крові, креатинин в крові були значно більш підвищені у хворих третьої групи.

Треба зауважити, що підвищення рівня активності амінотрансфераз не завжди корелювало з клінічною картиною печінкової недостатності та загальної тяжкості стану хворого. Адже у деяких хворих з клінічно некомпенсованим цирозом печінки (асцит, теленагіоектазії, кровотечіями з розширених вен стравоходу, значна анемія) показники суттєво не відрізнялися від норми.

Найбільші показники були у молодих хворих з брутальною алкоголізацією перед госпіталізацією. Це можливо свідчить, про активність цитолітичного процесу у цих хворих. При цьому високий рівень амінотрансфераз тривалий час залишався і в стані відміни (після усунення екзогенного токсичного фактора). Підвищений рівень трансаміназ корелював з тяжкістю делірію у 3 групі хворих. В багатьох випадках мала місце полінейропатія, прояви якої частково редуцировались після лікування. Зменшувались або повністю минали диспепсичні явища, болі (неприємні відчуття) у животі. У деяких хворих при тривалості психоза більш 2 діб мала місце пневмонія, бронхіт. При затяжному делірії мала місце поліорганна недостатність.

Усі хворі за психічним станом відповідали другій стадії алкогольного делірію за Морозовим В.Є [5]. Тяжкість психозу була порівнювана у всіх групах досліджених і мала показники 25 балів  $\pm 3$  по спеціально розробленій шкалі тяжкості алкогольного делірію. Хворі отримували медичну допомогу, яка включала діазепам до 60 мг на добу парентерально, галопріл 10 мг на добу парентерально, тіаміна 200 мг на добу. Усім хворим проводилась корекція водно-електролітного балансу, корекція соматоневрологічного стану. Медикаментозна терапія дещо відрізнялася в групах досліджених хворих. Хворим з пневмонією призначалися антибіотики, хворим з явищами панкреатиту, печінкової патології призначалися гепатопротектори (переважно глутаргін), контрикал. Загальна характеристика психотичного стану в клінічних групах хворих відображена у таблиці 1.

При лікуванні купировалась психопатологічна симптоматика, основними проявами якої

були, психомоторне збудження, жах (тривога), галюцинаторні та маячні переживання.

Таблиця 1

**Загальна характеристика психотичного стану в клінічних групах хворих**

критерії \ група	1 група хворих		2 група хворих		3 група хворих	
	N=25	%	N=20	%	N=15	%
Тривалість передпсихотичного абстинентного періоду						
Наявність судомного синдрому в передпсихотичному періоді	6	24	9	45	0	0
Тривалість психомоторного збудження (у добах)	1,2±0,9		0,9±0,3		1,6±0,9	
Тривалість психотичних порушень (у добах)	4,2±0,9		6,9±0,3		8,6±0,9	
Тривалість пост психотичної астенії(у добах)	4,6±0,3		10,8±0,9		14,6±0,5	
Вираженість психорганічного синдрому після купіровання психотичної симптоматики (в балах)	2,5±0,6		2,3±0,7		2,6±0,6	
Вираженість полінейропатії після купіровання психозу (в балах)	2,7±0,6		2,5±0,7		2,6±0,6	
Ускладненість фармакотерапії психотропними препаратами	3	12	8	40	3	20

**Примітка.** Дані у 3,4,5,6,7 строках подані середні величини ± середнє квадратичне відхилення  $M \pm m$ .

Після купіровання психозу у хворих відмічався психорганічний синдром. Основними проявами якого були загальне зниження пам'яті, фіксаційна амнезія, благодушний фон настрою, неповна орієнтація в місті та часі. Вказані порушення в ряді випадків були транзиторними та суттєво зменшувались протягом лікування. Для більшості хворих була характерна після психотична астенія. В багатьох випадках мала місце полінейропатія, прояви якої частково редуцировались після лікування. Зменшувались або повністю зникали диспепсичні явища, болі (неприємні відчуття) у животі. У деяких хворих при тривалості психозу більш 2 діб мала місце пневмонія, бронхіт. У деяких хворих мала місце поліорганна патологія, ризик якої підвищувався з тривалістю психозу. При затяжній течії психозу у хворих із станом відміни алкоголю з делірієм (1 група хворих) психоз отримував ознаки соматогеного психозу (3 група хворих), що проявлялося перш за все зміною деліріозного синдрому на аментивний. При цьому спостерігалася дезактуалізація

емоційних порушень. У хворих практично не спостерігалися жах, тривога. Основними психопатологічними порушеннями були дезорієнтація в місці, в часі, гостра сплутаність, транзиторні маячні та галюцинаторні порушення. На відміну від третьої групи хворих в першій групі хворих для аментивного синдрому не було характерно психомоторне збудження.

Характер та інтенсивність гострого психорганічного синдрому суттєво відрізнялися в групах досліджених хворих. Що надано у таблиці 2.

Найбільш вразливий гострий психорганічний синдром відмічався у хворих третьої групи. Він був виключно астеничний або апато-астеничний характер. Для соматогенних психозів (хворі третьої групи) була характерна відсутність експлозивного та моріоподібного гострого психорганічного синдрому. У хворих першої та другої групи гострий психорганічний синдром був більш різноманітний та в деяких випадках носив експлозивний, моріоподібний, амнестичний характер. Для експлозивного психорганічного синд-

рому було характерно на фоні виснаження дратівливості, конфліктність після виходу з психотичного стану. При цьому в більшості випадків це супроводжувалось загостренням потягу до зловживання спиртних напоїв. Для моріоподібного було характерно відсутність критики до свого стану, «гумор висельника», підвищений

фон настрою, деяка безтолковість, зменшення почуття дистанції з медичним персоналом, порушення інтелектуально-мнестичної діяльності. Проявами амнестичного варіанту гострого психорганічного синдрому в більшості випадків були фіксаційна амнезія, груба дезорієнтація у часі.

Таблиця 2

**Клінічні прояви гострого психорганічного синдрому у хворих із залежністю від психоактивних речовин**

Клінічні прояви гострого психорганічного синдрому	Хворі на алкогольний делірій		Хворі на делірій змішаної етіології		Хворі на органічний психоз	
	n	%	n	%	n	%
астенічний	12	48	7	35	11	73,3
апато-астенічний	1	4	2	10	4	26,7
експлозивний	5	20	4	20	0	0
моріоподібний	4	16	4	20	0	0
амнестичний	3	12	3	15	0	0

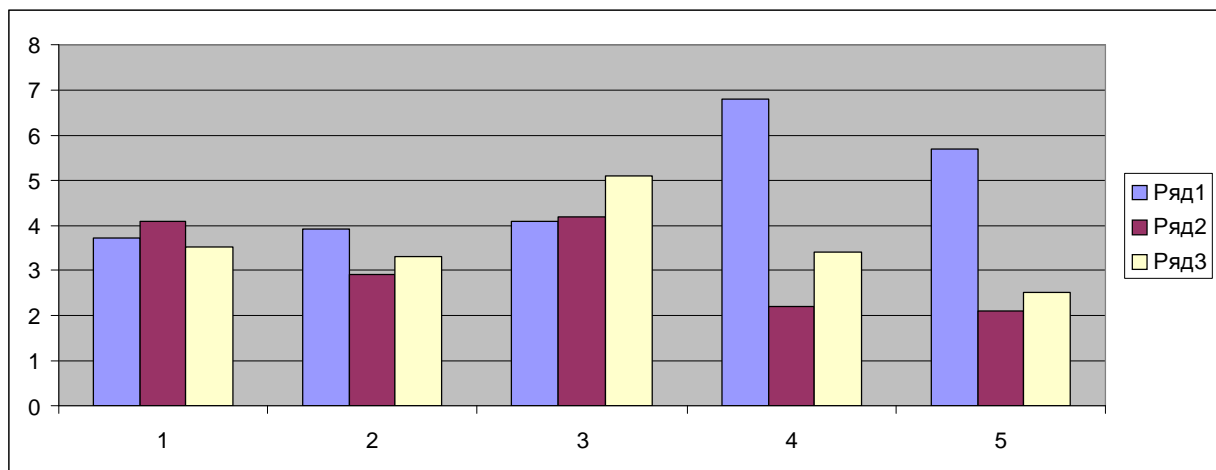
При подальшому лікуванні явища гострого психорганічного синдрому зникали або суттєво зменшувалися.

Постпсихотична астения була більш вразлива і триваліша у третій групі хворих. Явища її проходили паралельно з гострим психорганічним синдромом.

У хворих всіх трьох груп мали явища алкогольної полінейропатії, прояви якої значно зменшувалися

паротягом лікування. Алкогольна полінейропатія суттєво не відрізнялася в групах хворих.

Даючи загальну характеристику показника якості життя слід відзначити, що отримані данні у цілому були східними у всіх групах хворих. При цьому інтегративний показник якості життя суттєво відрізнявся в залежності від типу психорганічного синдрому і декілька менш від його тяжкості.



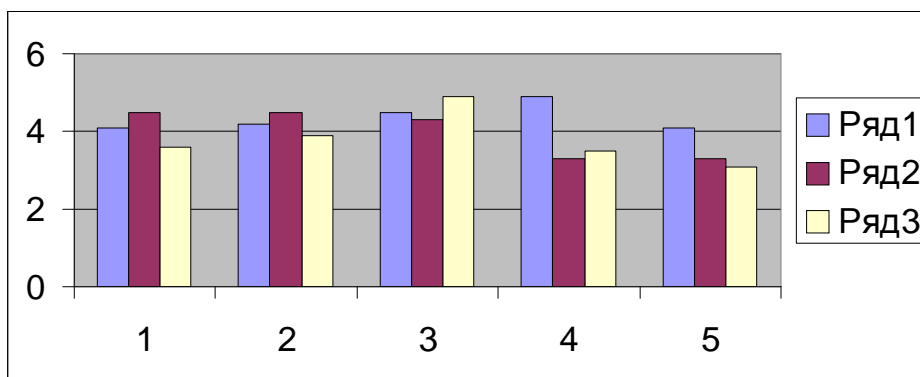
**Рис.1** Середній інтегративний показник якості життя у хворих з залежністю від алкоголю, що перенесли гострий психоз

1-астенічний варіант гострого психорганічного синдрому  
 2- апато-апатичний варіант гострого психорганічного синдрому  
 3- експлозивний варіант гострого психорганічного синдрому

4- моріоподібний варіант гострого психорганічного синдрому  
 5- амнестичний варіант гострого психорганічного синдрому  
 ряд 1 - показник обстежених, ряд 2 - показник лікарів, ряд 3 - показник родичів.

Оцінюючи показники інтегративного показника якості життя можна виявити взаємозв'язок з клінічною картиною. Низька оцінка якості життя хворими суттєво залежала від збереження критичності до свого стану, депресивного синдрому, що було характерно для хворих з меншим стажем зловживання алкоголю та деякій збереженості соціального функціонування. Це було характерно перш за все для хворих із астеничним типом психорганічного синдрому. В цієї групі хворих була найменша розбіжність в оцінці якості життя самими хворими, лікарями та родичами хворих. Відносна висока оцінка якості життя хворими була при амнестичному та моріоподібному гострому психорганічному синдромі, що супроводжувалося відсутністю критичності до свого стану, благодушним фоном настрою, анозогнозією залежності від алкоголю.

Оцінка лікарем якості життя корелювала з загально медичними критеріями тяжкості стану хворого. Оцінка родичами якості життя була незначно вища ніж лікарів, але в цілому корелювала з тяжкістю стану хворого, його соціальною адаптацією до лікування. Значний вплив на цей показник мало сподівання на загальні результати лікування (не тільки психозу, а й залежності від алкоголю), загальна динаміка соціального статусу до перенесеного психотичного стану. Родичі хворих, які багато разів госпіталізувалися до психіатричного (наркологічного) стаціонару, оцінювали якість життя декілька краще ніж первинних хворих, для котрих перенесений психоз був показником подальшої соціальної «катастрофи», пов'язаної зі зловживанням алкоголю. В процесі лікування оцінка якості життя змінювалася у всіх групах хворих.



**Рис.2.** Середній інтегративний показник якості життя у хворих з залежністю від алкоголю після лікування

Перш за все необхідно відмітити зменшення розбіжностей в оцінці якості життя у хворих з різними типами гострого психорганічного синдрому. При цьому у хворих з астеничним, астено-апатичним, експлозивним варіантами мало місце деяке підвищення оцінки якості життя самими хворими, що супроводжувалося покращенням загального стану та зменшенням депресивної симптоматики. У хворих з моріоподібним та амнестичним психорганічним синдромом напроти мале місце деяке зниження оцінки якості свого життя, що залежало від появи критичності до свого стану. Загальною тенденцією при оцінці лікарем якості життя хворого було його підвищення паралельно з покращенням загального стану. Оцінка родичами якості життя хворих напроти часто зменшувалася, що мабуть було пов'язано з деякою втомленістю після боротьби

за життя хворого та очікуванням повернення хворого додому, великою виригідністю повернення до прийому спиртних напоїв.

Таким чином, отримані результати дослідження дозволяють зробити такі висновки.

1. Оцінка якості життя хворими має певний взаємозв'язок з клінічною картиною, перш за все емоційними порушеннями та можливістю усвідомлювати своє становище.
2. Інтегративний показник якості життя хворих повинен включати оцінку родичів та лікарів, що має особливо велике значення у хворих із залежністю від алкоголю та психорганічним синдромом.
3. Показник якості життя може використовуватися для оцінки терапії та прогнозування соціальної адаптації хворих із залежністю від алкоголю.

*А.Н. Бачериков, В.Н. Кузьминов, А.Г. Назарчук*

## **ПСИХОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПСИХОЗ**

Институт неврологии психиатрии и наркологии АМН Украины

Целью исследования было изучение качества жизни пациентов с зависимостью от алкоголя. Обследовано 60 пациентов с зависимостью от алкоголя, которые перенесли острый психоз. Изучены клинические особенности психорганического синдрома у этих пациентов. Описана типология острого психорганического синдрома у больных с зависимостью от алкоголя после перенесенного психотического состояния. Выделены следующие типы психорганического синдрома: астенический астено-апатический, эксплозивный, амнестический, мориоподобный. Проведена оценка индекса качества жизни в зависимости от типа психорганического синдрома. Описана динамика индекса качества жизни в процессе лечения. Подчеркнута важность оценки качества жизни пациента врачом, самим больным и его родственниками. Сделан вывод о важности оценки изучения индекса жизни для оценки клинической картины у данного контингента пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.49-54).

*A.N. Bachericov, V.N. Kuzminov, A.G. Nazarchuk*

## **PSYCHORGANIC SYNDROME AND QUALITY OF THE LIFE AT PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE WHO IS RECENT HISTORY OF ACUTE PSYCHOSIS**

Институт неврологии психиатрии и наркологии АМН Украины

The aim of the investigation was eximination value quality of the life patients with alcohol dependence. Sixty patients with alcohol dependence who is recent history of acute psychosis were examined. The psychorganic syndromes at these patients were investigated. The types of acute psychorganic syndrome patients with alcohol dependence were described. They included such types: asthenic, asthenic-apathetic, explosive, amnesthic, moria-liked. The Index quality of the life in these patients was assessed due to type of the psychorganic syndromes. The dynamics of the Index quality of the life at patients with psychorganic syndrome during the treatment were described. The impotence of value quality of the life from the point of the patient, relatives of the patient and physician was underlined. The conclusion that Index quality of the life is important sign of assessment clinical was done. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.49-54).

### *Література*

1. Минко А.И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, профилактика) «// Украинський вісник психоневрології Т.9, випуск 4 (29). Харків, 2001., с.6-7.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999.-272 с.
3. Марута Н.О., Панько Т.В., ЯвдакІ.О., Семікіна О.Є, Стадник А.В. Показник якості життя у хворих на ефективні

розлади та його динаміка в процесі лікування»// Український вісник психоневрології Т.10, випуск 2 (31). Харків, 2002., с.121-123.

4. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Ighan Saeed, Perez Carlos. Validation of anefficient quality of life index: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry "Psychiatry on new Thresholds".- Hamburg 6-11 August 1999.-P. 427-428.
5. Морозов Г.В. Алкоголизм. – М.: Медицина, 1983.- 432 с.

Поступила в редакцию 19.05.2004

УДК 615.851:616.89

*С.Е. Казакова, Н.В. Ковалева, В.И. Трескач*

## РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: нервная анорексия, психологические особенности, прогноз

Нервная анорексия является весьма распространенной патологией [1-3]. Это заболевание привлекает внимание психиатров и психологов, как отечественных, так и зарубежных [4-5]. Ряд пациентов при данном заболевании отличаются

труднокурабельностью, у них отмечается хронифицированное заболевание и даже с летальным исходом [6]. Поэтому очень важно обнаружить те симптомы заболевания, которые позволяют прогнозировать течение данной патологии.

### Материалы и методы исследования

Целью данного исследования послужило выявление факторов, способствующих прогнозированию исхода нервной анорексии, облегчающих выбор адекватной терапии данной патологии. В связи с этим обследованы 172 пациентки в возрасте от 15 до 25 лет с различным течением нервной анорексии. Исследование проводилось клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами с использованием стандартизированного метода исследования лич-

ности (СМИЛ) и тематического апперцептивного теста (ТАТ).

Профили СМИЛ использовали для детального анализа индивидуально-личностных особенностей пациента, а также для уточнения показателей социальной адаптации.

Метод ТАТ позволил выявить неосознаваемые больным аспекты, фрустрируемые им, отвергаемое «Я», глубинные структуры подсознания.

### Результаты исследования и их обсуждение

Пациенткам проводили витаминотерапию, лечение анаболическими препаратами, малыми дозами инсулина, антидепрессантами, нейролептиками (эглонил 100 мг и выше) и психотерапию. При этом у 87 человек наступала быстрая положительная динамика, а 85 девушек оказались достаточно труднокурабельными. Этим пациенткам дозы эглонила повышались свыше 300 мг, лечение проводилось свыше года, в дальнейшем назначались поддерживающие дозы 150-100 мг эглонила, антидепрессанты.

При исследовании методом СМИЛ труднокурабельных лиц установлено, что показатель восьмой шкалы расположен выше 76 Т и соответствовал внутренней напряженности пациента, склонности к поиску и анализу надуманных проблем, отгороженности от реального мира, неловкости в межличностных контактах, некоммуникабельности, своеобразию суждений. Поведенческие реакции данных пациенток были своеобразными и малопредсказуемыми. Эмоциональная холодность и черствость по отноше-

нию к близким сменялись импульсивными порывами самопожертвования. Нежелание поступиться любимыми, даже незначительными выгодами, сочетались с неожиданными глубоко альтруистическими поступками, во время которых девушки жертвовали материальными ценностями, карьерой и даже отказывались от значимых для них молодых людей. Стремление к «свободе», острым ощущениям, борьба с рутинной, размеренной жизнью сосуществовали с трусливостью, жадностью, эгоцентризмом, инфантильной зависимостью от родных. Будучи в мечтах властелинами мира и особенно мужских душ, в реальном мире пациентки отличались неуклюжестью, злобностью, застенчивостью.

У 57 человек пик по восьмой шкале сочетался с повышением по нулевой шкале, что клинически соответствовало интраверсии. У исследуемых с данным профилем не было близких подруг. Девушки, к которым они стремились, считали их странными и отвергали. Пациентки не принимали эмоциональную поддержку матерей,

считали ее назойливой и с досадой отвергали. Они были одиноки, хотя и гордились одиночеством. Мир специфических неординарных фантазий переплетался с реальностью и позволял им не заметить факт, что они являются объектом насмешек и недоброжелательства, в их фантазиях, напротив, они были желанны, горды, красивы, с ними мечтали дружить, им подражали.

У 50 девушек акцент отмечался по трем шкалам, а именно по выше приведенной «восьмой» (шкале «индивидуалистичности»), «нулевой» (шкале «интраверсии») и «четвертой» (шкале «импульсивности»). Чем выше отмечался акцент по данным шкалам, тем более злокачественно развивалось заболевание.

Упрямые, безразличные к мнению окружающих, девушки глубоко погружались в мир фантазий. Неординарное понятие красоты и уродства приводило к насилию над пищевым инстинктом, а в дальнейшем к ослаблению и извращению данного инстинкта. Мышление и поведение данных пациенток отличалось формальностью.

Следующая группа лиц (8%) отличались более благоприятным течением и лучшей курбельностью. У данных лиц отмечался профиль с повышением 7-ой шкалы (свыше 75 Т), повышение свыше 70 Т отмечалось также по шкале «восьмая», «нулевая», «шестая». «Первая» также была высокой, достигала 70 Т. При этом уровень «девятой» шкалы оставался низким.

Данный профиль отражал выраженную тревожность, которая сочетаясь с акцентом по «шестой» шкале, свидетельствовала о тревожности как о конституциональной черте и указывала на «тревожно-мнительную» или по определению других авторов ананкастную акцентуацию. Высокая нулевая шкала выявляла некоторую робость, застенчивость, затруднение при установлении социальных контактов, стремление к избеганию конфликтных ситуаций, уступчивость, подчиняемость. Наличие высокой «нулевой» шкалы в сочетании с низкой «девятой», свидетельствовало об атении. Акцент по «первой» шкале также указывал на сензитивно-мнительный склад личности.

Девушки с данным личностным профилем, обычно отличаются терпимостью, деликатностью, совестливостью, исполнительностью. Требуется реактивная ситуация, которая выведет их из состояния равновесия и резко изменит стереотип привычного стиля деятельности. Такой ситуацией может оказаться юношеская влюблен-

ность, либо услышанное в свой адрес оскорбление по поводу избыточного веса. Имеющиеся в характере черты косности и ригидности надолго фиксируют данное обстоятельство, а пессимизм и тревожность усугубляют отрицательное отношение к собственной внешности.

Зафиксированное исследуемым неприятие себя и своего тела обычно трудно разрушить, этот «образ» нуждается в специальной психотерапевтической и медикаментозной тактике.

В 31% случаев среди пациентов с нервной анорексией отмечалась конверсионная пятерка, в которой первая и третья шкалы были акцентированы свыше 70 Т баллов, а вторая шкала относительно «утоплена». Восьмая шкала в данном профиле также возвышается над другими, отражая оригинальность мыслительных и поведенческих партнеров. Заниженность нулевой шкалы свидетельствует об экстравертированности личности, ее общительности, непринужденности, демонстративности, раскованности.

Вышеописанный профиль дополняет низкая пятая шкала, которая подчеркивает, что девушки этой группы ориентированы на эстетичное восприятие себя и окружающих, они стремятся к воплощению своего эстетического идеала в жизнь и воспринимают себя сквозь собственное богатое воображение. Они воспринимают не свой реальный образ, а придуманный ими идеал, в котором грациозность и богатая пластика тела должны обязательно сочетаться с бестелесностью соматической оболочки.

Акцент по первой шкале, отмечаемый у пациенток этой группы, отражающий гиперсоциальность личности, является лишь фасадом, скрывающим эгоцентризм и желание любой ценой привлечь на себя внимание. При этом сочетание акцента по первой шкале с низкой пятой свидетельствует о том, что женственность, хрупкость, «воздушность» девушек данной группы сочетается с выраженным упрямством и стеничностью, стремлением к борьбе с чужим мнением и отстаиванием собственного права в борьбе за социальную активность в понимании больной, в данном случае за создание эфемерного образа, отвечающего эстетическому восприятию пациентки. Относительное понижение второй шкалы свидетельствует о повышенной эмоциональности, остром переживании неудач и обид, а акцент по третьей шкале свидетельствует о некоторой диссоциации в эмоциональной сфере, например, о раздражительности и агрессивности с желанием производить положительное впечатление на окружающих. Это стремление



нравиться доминирует в мыслях и поведении пациентов, становится болезненным и приобретает характер манерности шизоида, о чем свидетельствует акцент по седьмой шкале. Женственность лиц с этим психопатологическим профилем болезненна и извращена, они не женственны, они демонстрируют женственность. Эмоциональность и контактность также демонстративны. Высокие зубцы профиля свидетельствуют о грубых расстройствах личности психопатического регистра.

Клинически малокурабельность коррелировала с шизоидностью пациентов, что наиболее полно раскрывалось методом ТАТ.

Так, у труднокурабельных пациентов этой группы при описании картин, составляющих ТАТ, в 69% фразы носили витиеватый характер. Речь изобиловала оригинальными и малопонятными символами, многочисленными, мрачными метфорами. В 53% описание картин отличалось причудливостью, вычурностью. В 72% исследуемые описывали малое количество деталей, отмеченных на картинке, пациенты словно не замечали их, подробно останавливаясь лишь на развитии сюжета. В 69% случаев сюжет не отражал пищевую тематику, он представлял мрачную смесь противоречивых желаний пациенток, их неудовлетворенность собою и окружающим миром, претензионность сменялась выхолащиванием. Общепринятые нормы морали гротескно игнорировались. Рассказ составлял смесь причудливых фантазий, бравады, нелепостей и пессимизма. Смерть, насилие сочетались с сексуальными сценами, беспокойством по поводу здоровья, недовольством одиночеством и стремлением к одиночеству. В описании сцен фигурировало и кокетство, но оно носило гротескный характер, сочеталось с теоретизированием, рассуждательством. У 78% пациентов при описании картинок выявлялась депрессия, у 54% - суицидальные мысли, у 49% - страх темноты, у 69% - страх одиночества. У 65% отмечалась амбивалентность желаний, страх смерти сочетался с суицидальными намерениями. 73% пациентов описывали тревожное состояние героев даже в тех случаях, когда стимульный материал был весьма отдален от данной тематики. Так, картинка «упражнение в игре на скрипке» по мнению многих испытуемых отражает тревогу в связи с отсутствием таланта, способностей, умения чего-либо добиться в жизни и т.д. Картинка с изображением деревенской сцены провоцировала тревогу из-за плохих отношений в семье, непонимания, взаимных обид (при этом

члены семьи категорически отрицали данный характер отношений, они даже не подозревали о том, что их забота истолковывается превратно).

Эмоциональная холодность по отношению к матери также выявлялась в картинке 7 СФ. Эта картинка помогала определить наличие в 75% негативизма, презрения и обиды, спровоцированными материнской заботой. Ненависть и подозрительность по отношению к матери раскрывает и картинка 5, в которой женщина средних лет заглядывает в полуоткрытую дверь. В этой картинке 87% обследуемых видят мать, подсматривающую, съели ли они свою пищу. При этом они не ощущают заботы со стороны матери, а представляют мать как досадную помеху их свободе. Небезынтересно, что о расстройстве пищевого влечения свидетельствовала лишь одна эта картинка. Остальные картинки воспринимались при полном вытеснении данной проблемы.

У пациенток наряду с вялостью, слабостью, пониженным настроением отмечалась и выраженная агрессия, о чем свидетельствовало описание по картинкам 3 ВМ (скорчившаяся фигура) и 8 ВМ (мальчик на переднем плане). Для 98% больных несомненный интерес представляла картинка 15 (фигура человека посреди кладбища). Все самые мрачные фантазии реализовались в описании данной картинки. Так, в протоколе пациентки отмечено, что центральную фигуру она определила зловещей, мистической, возникающей из ада, притягивающей к себе жертвы и выпивающей из них кровь. Фигура возникла из ничего, росла на глазах, всюду протягивала свои костлявые руки с острыми ногтями-когтями и впивалась в горло жертвы. Эта фигура символизировала смерть. Себя девушка заметила в едва заметной тени, притаившейся за могольной плитой. Поджидавший ее символ смерти своим мрачным видом демонстрировал абсурдность жизни, призывал к повиновению и доказывал бесполезность сопротивления.

Как видно из изложенного, использование психодиагностических методов не только облегчает диагностику нервной анорексии, но и позволяет прогнозировать варианты течения и исходов данной патологии. При наличии аутистического мышления, легко выявляемого методами СМИЛ и ТАТ, заболевание трудно курабельно, требуются более высокие дозы антипсихотиков, пациенты нуждаются в поддерживающей медикаментозной терапии, при этом исходы заболевания далеко не всегда оптимистичны.

Течение нервной анорексии наиболее благоприятно при наличии «конверсионной пятерки»,

то есть у диссоциативных конверсионных личностей. Заболевание не затрагивает их социаль-

ной сферы, достаточно быстро купируется медикаментозно и психотерапевтически.

*Казакова С.Є., Ковальова Н.В., Трескач В.Й.*

## **РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ В ПРОГНОЗУВАННІ ВИХОДУ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ**

Луганський державний медичний університет

Обстежено 172 пацієнтки, які страждають на нервову анорексію, з ціллю виявлення факторів, сприяючих прогнозування виходу нервової анорексії та полегшенню вибору адекватної терапії даної патології. Дослідження проводились клініко-психопатологічним та психодіагностичним методами (СМОО, ТАТ). Використання психодіагностичних методів не тільки полегшує діагностику нервової анорексії, але й дозволяє прогнозувати варіанти перебігу та виходу даної патології. При наявності аутистичного мислення виходи захворювання найбільш тяжкі. Плин нервової анорексії найбільш сприятливий при наявності «конверсійної п'ятірки», тобто у диссоціативних конверсійних особистостей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.55-58)

*Kazakova S., Kovaleva N., Treskach V.*

## **ROLE OF PSYCHOLOGICAL FEATURES IN FORECASTING THE OUTCOME OF THE NERVOUS ANOREXIA**

Lugansk state medical university

172 patients, suffering are surveyed by a nervous anorexia with the purpose of revealing the factors promoting forecasting of an outcome of a nervous anorexia and facilitating a choice of adequate therapy of the given pathology. Research was carried out clinical-psychopathological and psychodiagnostic by methods. Use psychodiagnostic methods not only facilitates diagnostics of a nervous anorexia, but also allows to predict variants of current and outcomes of the given pathology. At presence autistic thinking outcomes of disease the heaviest. Current of a nervous anorexia is optimum at presence of «the conversion five», that is at conversion persons. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.55-58)

### *Литература*

1. Безносюк Е.В., Филин Е.Е. Современные представления о нервной анорексии // Мед. помощь – 1995 - № 2 – С. 18-20.
2. Крылов В.И. Нарушения пищевого поведения у больных с невротами // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1995 - № 5 – С. 80-82.
3. Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В. Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьниц // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 1999 - № 3 – С. 47-49.
4. Мариллов В.В., Крип А.Х., Бентовим Д.И. Особенности личностного реагирования и психического состояния при нервной анорексии – 2000 - № 2 – С. 19-22.
5. Lazaro L., Toro J., Canalda G. Variables clinical, psicologicas y diologicas anorexia nerviosa. Med clin. 1996 – С. 169-171.
6. Presence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Jamaica. West Indian Med J. 2002 Mar.81(1):32-4.

Поступила в редакцию 16.06.2004

УДК 616.8-009-036.12:301.085]-08-039.57

*В.А. Абрамов, А.Ю. Васильева, М.Б. Доценко*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ КОМОРБИДНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: качество жизни, симптоматические (соматогенные) депрессии, хронические соматические заболевания, амбулаторная общемедицинская практика.

Многие исследователи изучали влияние различных соматических заболеваний на качество жизни (КЖ) пациентов [1-4]. Это связано с тем, что для каждого больного важны не только показатели физического состояния, исчезновение основных симптомов того или иного заболевания, но и ощущение жизненного благополучия, в том числе и в психическом и социальном аспектах.

По мнению экспертов ВОЗ (1996) [5], изучение КЖ особенно важно при хронических заболеваниях, требующих длительного лечения. При этом большинство пациентов, будучи осведомлены о хроническом течении заболевания, оценивали факт болезни как весьма негативное событие, заставляющее переосмыслить жизненные приоритеты и даже собственный прогноз на долголетие. Длительно текущее заболевание приводит пациента к депрессии, уходу в болезнь, препятствует ведению полноценного образа жизни, способствует соци-

альной дезадаптации пациентов.

Таким образом, при ряде хронических заболеваний, склонных к прогрессированию и протекающих с обострениями, значительно ограничивается нормальное существование и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь. Длительно текущее заболевание накладывает на психику больного сильный отпечаток, снижая настроение. Депрессия же в свою очередь значительно снижает и так невысокий уровень КЖ, а в ряде случаев и жизненный прогноз. Качество жизни в этом случае отражает способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни.

Цель настоящего исследования – изучение качества жизни пациентов с невротическими и неврозоподобными расстройствами коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями, наблюдающимися в амбулаторной общемедицинской практике.

### **Материал и методы исследования**

Исследование качества жизни (КЖ) проводилось с помощью «Опросника качества жизни ВОЗ» [5] в трех группах: основной – у пациентов с симптоматическими депрессиями и двух

группах сравнения – у пациентов с расстройствами адаптации и социальными фобиями коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Наиболее низким суммарный показатель КЖ был у пациентов, страдающих соматогенными депрессиями –  $57,9 \pm 1,53$  балла. У пациентов с расстройствами адаптации этот показатель оказался самым высоким, по сравнению с остальными группами –  $91,2 \pm 1,89$  балла, но все же соответствовал ограниченному уровню КЖ. Промежуточное положение занимали пациенты, стра-

дающие социальными фобиями –  $73,1 \pm 1,97$  балла (низкий уровень КЖ). В таблице 1 представлены показатели по основным сферам КЖ: общему восприятию КЖ, физическому состоянию, психологическому состоянию, социальным отношениям и восприятию окружающей среды у пациентов с соматогенными депрессиями, расстройствами адаптации и социальными фобиями.

**Качество жизни пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, страдающих расстройствами аффективного спектра**

Расстройства	Качество жизни					
	ОВ КЖ	Сфера 1	Сфера 2	Сфера 3	Сфера 4	Всего
Симптоматические депрессии	4,9±0,49	15,7±1,17	13,5±0,97	6,7±1,03	17,1±1,68	57,9±1,53
Расстройства адаптации	6,9±0,73	23,6±1,26	22,3±1,24	10,5±1,73	27,9±1,86	91,2±1,89
Социальные фобии	5,8±0,52	20,1±1,31	16,9±1,36	8,5±1,52	21,8±1,39	73,1±1,97
Достоверность различий	$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,05$
	$p_2 < 0,05$	$p_2 < 0,05$	$p_2 < 0,05$	$p_2 < 0,05$	$p_2 < 0,05$	$p_2 < 0,05$

**Примечание:** ОВ КЖ – общее восприятие КЖ, сфера 1 – физическое состояние, сфера 2 – психологическое состояние, сфера 3 – социальные отношения, сфера 4 – окружающая среда.

Наиболее худшее восприятие КЖ пациентами с соматогенными депрессиями объясняется, по нашему мнению, несколькими причинами. Во-первых, само хроническое соматическое заболевание, тяжесть которого склонна к прогрессированию, и периодические его обострения способствовали довольно существенным ограничениям практически во всех сферах жизни пациентов. В свою очередь эти ограничения в некоторых случаях оказались более значимыми для пациента, чем физическое неблагополучие. Существенное влияние на КЖ пациентов оказали и такие факторы, как наличие поддержки со стороны семьи, родственников и друзей. Во-вторых, значительно влияло на КЖ ощущение жизненного благополучия в социальном и эмоциональном аспектах. Многих пациентов волновала перспектива длительного медикаментозного лечения, необходимости проведения диагностических инструментальных исследований, возможность соблюдения диеты и режима питания, неблагоприятные изменения внешности, связанные с проявлениями заболевания.

Низкое КЖ пациентов с социальными фобия-

ми было обусловлено совершенно другими причинами: возникновение страха, тревоги в социальных ситуациях привело к нарушениям психологического развития, невозможности адекватно функционировать в обществе, образовывать социальные и межличностные связи и формировать жизненные цели, а тенденция избегать фобические социальные ситуации оказывает крайне отрицательное влияние на личную, образовательную и профессиональную стороны жизни пациентов.

Более высокое по сравнению с вышеуказанными группами КЖ пациентов, страдающих расстройствами адаптации, свидетельствует о менее глубоких и непродолжительных эмоциональных нарушениях, обусловленных воздействием психогенных факторов, которые в меньшей степени влияют на КЖ и, следовательно, на социальную активность пациентов в профессиональной и повседневной жизни.

Показатели КЖ пациентов с хроническими соматическими заболеваниями и аффективными расстройствами, в зависимости от сферы системной соматической патологии представлены в табл. 2.

*Таблица 2*

**Качество жизни пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, коморбидными с расстройствами аффективного спектра**

Сфера системной соматической патологии	Симптоматические депрессии	Расстройства адаптации	Социальные фобии
ССС	54,7±1,01	86,6±1,17	75,5±1,38
ЖКТ	59,9±1,42	89,4±1,61	73,3±2,03
ДС	64,1±2,03	100,5±2,06	72,5±1,95
МС	55,6±1,28	96,0±1,68	72,6±1,45
ЭС	55,9±1,58	83,8±2,16	71,7±2,05

**Примечание:** СССР - сердечно-сосудистая система; ЖКТ - желудочно-кишечный тракт; ДС - дыхательная система; МС - мочевыводящая система; ЭС - эндокринная система

Уровень КЖ при соматогенных депрессиях был снижен в меньшей степени у пациентов, страдающих заболеваниями органов дыхания – 64,1±2,03 балла и желудочно-кишечного тракта – 59,9±1,42 балла, а наиболее низким этот показатель оказался у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями – 54,7±1,01 балла.

При расстройствах адаптации в большей степени были удовлетворены качеством своей жизни пациенты с патологией дыхательной и мочевыводящей систем (100,5±2,06 и

96,0±1,68 баллов соответственно), наименее – пациенты, страдающие эндокринной патологией (83,8±2,16 балла).

Существенных различий в оценке уровня КЖ пациентов с социальными фобиями в зависимости от сферы системной соматической патологии выявлено не было.

Показатели по различным сферам восприятия КЖ при соматогенных депрессиях в зависимости от сферы системной соматической патологии представлены в табл.3.

Таблица 3

**Качество жизни пациентов с симптоматическими депрессиями в зависимости от сферы системной соматической патологии**

Сферы КЖ	ССС	ЖКТ	ДС	МС	ЭС
ОВ КЖ	4,2±0,58	5,8±0,38	5,5±0,48	4,9±0,59	4,5±0,47
Сфера 1	14,7±0,85	15,4±1,07	18,2±1,27	14,9±1,18	15,1±0,76
Сфера 2	12,3±0,84	14,0±0,95	15,3±1,31	12,7±1,19	13,3±0,84
Сфера 3	6,9±0,41	7,2±1,12	6,4±1,81	6,7±1,72	6,5±1,58
Сфера 4	16,6±1,07	17,5±1,54	18,7±1,88	16,4±2,13	16,5±1,73
Всего	54,7±1,01	59,9±1,42	64,1±2,03	55,6±1,28	55,9±1,58

**Примечание.** ОВ КЖ – общее восприятие КЖ, Сфера 1 – физическое состояние, Сфера 2 – психологическое состояние, Сфера 3 – социальные отношения, Сфера 4 – окружающая среда.

Анализируя данные, представленные в таблице 3, следует отметить, что при всех соматических заболеваниях снижение КЖ носит диффузный характер, без преимущественного нарушения функционирования в какой-либо отдельной сфере. Можно предположить, что степень снижения качества жизни в субъективном восприятии больных симптоматическими депрессиями зависит не только от степени выраженности проявлений соматического заболевания, но и от сопутствующих его эмоциональных расстройств.

Сравнивая отдельные сферы восприятия КЖ у пациентов, страдающих соматогенными депрессиями при различных соматических заболеваниях, можно отметить, что наихудшим общее восприятие качества жизни (ОВ КЖ) оказалось у пациентов страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а в наименьшей степени сниженным – у пациентов, страдающих за-

болеваниями желудочно-кишечного тракта. Наиболее низкие показатели, отражающие степень удовлетворенности пациента своим физическим состоянием были у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и заболеваниями мочевыводящей системы, а наиболее оптимистично в этом отношении были настроены пациенты с заболеваниями органов дыхания. Отношения к своему психологическому состоянию выявилось наилучшим также у пациентов с патологией дыхательной, а наихудшим – у пациентов с патологией сердечно-сосудистой систем. В большей степени были удовлетворены социальными отношениями пациенты с патологией ЖКТ, а лица, страдающие заболеваниями дыхательной системы, по этому показателю обнаружили самые низкие результаты. По сфере, выявляющей степень удовлетворенности окружающей средой, наиболее высокие показатели были обнаружены у пациентов с патологией органов дыхания.

*В.А. Абрамов, Г.Ю. Васильєва, М.Б. Доценко*

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З НЕВРОТИЧНИМИ ТА НЕВРОЗОПОДІБНИМИ  
РОЗЛАДАМИ КОМОРБІДНИМИ З ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОЇ ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНОЇ ПРАКТИЦІ.**

Донецькій державних медичний університет ім. М. Горького

В роботі представлені дані оцінки якості життя хворих з симптоматичними депресіями, а також розладами адаптації та соціальними фобіями коморбідними з хронічними соматичними захворюваннями. Проведен аналіз ЯЖ в залежності від виду психоемоційних розладів та від сфери системної соматичної патології. Вивчені задоволеність фізичним і психологічним станом, соціальними відносинами і зовнішнім середовищем пацієнтів з невротичними та неврозоподібними розладами коморбідними з хронічними соматичними захворюваннями в амбулаторній загальномедичній практиці. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.59-62)

*V.A. Abramov, A.Yu. Vasilyeva, M.B. Dotsenko*

**QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH NEUROSIC AND NEUROSOSIMILAR  
FRUSTRATIONS COMORBIDITY WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES IN CONDITIONS  
OUT-PATIENT GENERAL PRACTICE**

Donetsk State Medical University by M. Gorky

In work the given ratings of quality of life of the patients with symptomatic depressions and also with frustration of adaptation and social phobias comorbidity with chronic somatic diseases are submitted. The analysis QL is carried out depending on a kind of psycho-emotional frustration and from sphere system somatic pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.59-62)

*Литература*

1. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г., Хамагонова Л.К., Сычева Е.Ю. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Российский кардиологический журнал. — 2001.- № 3 (29). — С. 58-72.  
2. Давыдов С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью // Казанский медицинский журнал. — 2001. — Т. 82. - № 1. — С 35-37.

3. Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клиническая медицина. — 1999. - № 3. — С. 35-38.  
4. Ahuwalla J.C., McNaghy S.E., Rask K.J. // J. Gaen. Intern. Med. — 1997. — Vol. 12 (1). — P. 17-23.  
5. The WHOQOL Group. What Quality of Life? // World Health Forum. — 1996. — Vol. 17. — N 4. — P. 354-356.

Поступила в редакцию 20.05.2004

УДК 616-003.21-058

*В.Е. Казаков, В.И. Трескач*

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РЕАКЦИЙ У ЧЛЕНОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: железнодорожники, тревожность, групповая психотерапия

Несмотря на старания государства поддерживать здоровье железнодорожников, в том числе и психическое, на достаточном уровне, у членов локомотивных бригад (ЧЛБ) часто возникают негативные эмоции, что может привести к угрозе длительного последствия, суммации негативного эмоционального возбуждения и его влиянию на мозговые структуры и висцеральные функции организма человека [1]. Как известно, на железной дороге существует жесткий профессиональный отбор, вместе с тем, данные эпидемиологических обследований свидетельствуют о том, что у всех практически здоровых людей, все же имеется хотя бы один невротический симптом, а у 25-58% практически здорового населения отмечается свыше двух патологических симптомов.

При этом у ЧЛБ отмечаются определенные производственные трудности, связанные с рядом вредных условий, с депривацией сна, высоким эмоциональным напряжением и др. [3]. Одной из самых крупных железных дорог в Украине является Донецкая железная дорога (ДЖД), которая обеспечивает около 20% всего грузооборота. ДЖД также отличается высокой интенсивностью и пассажирских перевозок. Данные обстоятельства способствуют особенно выраженной эмоциональной нагрузке у ЧЛБ, работающих на этом транспортном участке [4].

В связи с вышеизложенным мы постарались обосновать и разработать комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня трудоспособности ЧЛБ.

### Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 388 работников локомотивных бригад, при этом у 159 человек отмечались невротические расстройства доклинического уровня, носящие рудиментарный, переходящий характер и не поддающиеся психиатрической квантификации. Расстройства охватывали преимущественно эмоциональную сферу, так у 73% сотрудников отмечалась раздражительность, у 65% тревожность, у 63% обидчивость, у 47% вялость.

С данными лицами проводилась психокоррекционная работа с помощью различных тренингов. На первом этапе использовали «тренинг умений», «тренинг общения», техники из геш-

тальттерапии и психодрамы, терапию самовыражением. На втором этапе проводилось стрессоустойчивое обучение ЧЛБ, с этой целью пациентов обучали базовым техникам самогипноза, аутогенной тренировки-2, методу систематической десенсибилизации.

Тренировки проводились с учетом эмоционального состояния ЧЛБ, для этого использовалась карта самооценки эмоциональных состояний [5], а также метод Спилбергера. Детально изучался не только психический статус, но и неврологический, при этом особое внимание уделялось исследованию вегетативной нервной системы.

### Результаты исследования и их обсуждение

Занятия с членами локомотивных бригад проводили в два этапа. Каждый из этапов длился не менее шести месяцев. На первом этапе проводилась психокоррекция для разработки навыков общения ЧЛБ. С этой целью использовали техники гештальттерапии, психодрамы, а также раз-

личные тренинги. Тренинги на развитие памяти и внимания сочетались с развивающими ловкостью упражнениями. Уделялось большое внимание специальным пантомимическим упражнениям для обучения членов локомотивных бригад взаимопониманию не только на вербальном,

но и на невербальном уровне.

Уже на первом этапе психокоррекции у железнодорожников не только уменьшилась частота и интенсивность отрицательных эмоций, но и увеличились положительные эмоции.

Наиболее динамичными оказались такие отрицательные эмоции как огорчение, тревога, обида, уныние, горечь, их интенсивность наиболее значительно снизилась после проведения психотерапевтической работы с ЧЛБ. Что касается отдельных отрицательных эмоций, таких как недовольство, досада, скука, то на их выраженность психотерапия воздействовала значительно меньше. Эти стойко удерживающиеся отрицательные эмоции не случайны, они присущи данной группе ЧЛБ и являются той патологической почвой, на которой возникают невротические, в том числе тревожные расстройства.

97% ЧЛБ очень активно посещали групповые занятия. У этих работников уже в конце первого месяца значительно улучшилось самочувствие, купировалась раздражительность, нормализовался сон, появилась критика к их характерологическим недостаткам. Очень важным достижением психотерапевтических сеансов являлось уменьшение агрессивности, выработка более доброжелательного, сопереживающего отношения к коллегам.

Каждый из ЧЛБ хотел бы общаться с дружелюбным, стремящимся к сотрудничеству коллегой, или скромным, застенчивым, охотно выполняющим свои обязанности человеком, или в крайнем случае с лицом, испытывающим потребность в помощи и доверии со стороны окружающих (образ идеального напарника). Однако реальный партнер казался им деспотичным, обидчивым, недоверчивым, недружелюбным, вспыльчивым, самодовольным, то есть обладал достаточно неприятными чертами.

После проведения психотерапии облик идеального и реального партнера сблизился. Это произошло отчасти из-за улучшения психологического облика партнера, прогрессирования его дружелюбия, доброжелательности, общительности, отчасти из-за увеличения терпимости самого исследуемого, обусловленного возникновением более глубоких личностных связей между ЧЛБ.

На втором этапе проводимой психотерапии обучали нормализации вегетативных реакций. Для этого создавалась искусственная стрессовая ситуация, в начале и в конце которой у ЧЛБ проводилось исследование пульса, АД, исследовался глазо-сердечный рефлекс (Ашнера-Даньини),

синокаротидный (Чермака), солярный (Тома Ру), дермографизм, пиломоторная реакция, индекс Кердо. В результате данных исследований было выявлено, что у 33,7% сотрудников ЛБ стрессовая ситуация провоцировала проявления соматоформной вегетативной дисфункции по кардинальному типу. Отмечалась тахикардия, подъем артериального давления, гипергидроз, изменялись показатели дермографизма, возникали пиломоторные реакции. При частых психотравмирующих состояниях отмечались более стойкие изменения вегетативного тонуса, выявляемые ортоклиностагической пробой, исследованием шейно-сердечного рефлекса, эпигастрального рефлекса, пробой Ашнера-Даньини.

После проведения психокоррекции с помощью АТ2 ЧЛБ обучились нормализовать частоту сердечных сокращений в 89% случаев, нормализовывать АД в 83% случаев. Регулярные аутогенные тренировки позволили в 57% случаев прекратить гипергидроз, возникающий после повышенной эмоциональной нагрузки, в 51% - нормализовать показатели дермографизма. У большинства обследованных произошла нормализация вегетативных рефлексов, а именно орто- и клиностагической пробы в 62%, шейно-сердечного рефлекса в 50%, пробы Ашнера-Даньини в 58%, эпигастрального рефлекса Тома-Ру – в 57% случаев.

Для ликвидации нежелательных эмоциональных проявлений, возникающих во время психотравмирующих ситуаций, например, выраженной реакции тревоги, мешающей выполнению профессионального задания, использовался метод систематической сенсбилизации. Для того, чтобы данный метод оказал действие, необходимо было обучить пациентов осознанию тех символов, от которых они хотели бы избавиться, помочь пациенту проанализировать свои ощущения, чувства, поступки. Во время тренингов у искусственно вызывались воспоминания о наиболее значимых для них отрицательно эмоционально окрашенных ситуациях, а затем, путем расслабления мышц способствовали состоянию релаксации. Постепенно у 74% испытуемых сформировались навыки вызывать необходимое эмоциональное состояние (спокойствие, расслабленность или сосредоточенность, подготовку к принятию решения), что способствовало предотвращению проявления тревоги.

Под воздействием десенсибилизирующей терапии происходило параллельное нивелирование депрессии, тревоги, навязчивых неприятных воспоминаний и нарушений сна. Однако в ре-



дукции симптоматики наблюдались некоторые различия. Так, если депрессивная симптоматика и нарушения сна интенсивно снижались в первые три дня лечения, и в дальнейшем настроение и сон окончательно стабилизировались, то навязчивые неприятные воспоминания, напротив, в первую неделю лечения активизировались, больные сообщали врачу о том, что они почти постоянно мысленно возвращаются к неприятной ситуации, анализируют ситуацию и свою тактику и отмечают у себя желание рассказать кому-либо об этой ситуации, хотя прежде расспросы им были неприятны. По минованию девяти-десяти дней ситуация забывалась. Тревога у пациентов изначально была незначительной, однако она стойко удерживалась, носила многофазный характер. Достаточно было влияния любого провоцирующего фактора, чтобы тревога появилась вновь. Для нивелирования тревоги понадобилось около трех месяцев терапии системной десенсибилизации в сочетании с методами групповой терапии.

Программа психокоррекции предусматривала обучение не только АТ и психической десенсибилизации, но и элементарным методам самогипноза для более длительной поддерживающей терапии и для самостоятельного купирования субклинических проявлений.

Под действием самогипноза в течение одной недели наблюдалось достоверное нивелирование немотивированного беспокойства и ощущения беспричинного волнения. Наиболее трудно

курабельными являлись обсессии и фобии. Несмотря на их незначительную выраженность они оказались достаточно стойкими расстройствами. Как оказалось, навязчивости в стертой форме были присущи данным больным с детского и подросткового возраста и коррелировали с тревожно-мнительными чертами их характера. Иные невротические симптомы, в том числе беспокойство о будущем, ощущение беспричинного волнения, озабоченность соматическим состоянием, трудность общения под влиянием психотерапевтической работы были нивелированы.

Как показывают наблюдения, адекватно назначенная психотерапия не только способствует стойкой редукции субклинических невротических расстройств у ЧЛБ, но и позволяет сплотить их в достаточно дружный коллектив и создать взаимозаменяемость. При этом в случае производственной необходимости администрации достаточно легко заменить машиниста или его помощника из одной локомотивной бригады работником другой. Ведь после проведенной совместной психотерапевтической работы каждый из членов так называемой «малой группы» очень хорошо изучил психологию своего товарища, что позволяет бригаде работать с оптимальной производственной отдачей и взаимозаменяемостью. Психотерапевтический комплекс позволяет значительно снизить повышенную тревожность ЧЛБ, удельный вес негативных эмоций и увеличить частоту и интенсивность позитивных.

*В.Є. Казаков, В.Й. Трескач*

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РЕАКЦІЙ У ЧЛЕНІВ ЛОКОМОТИВНИХ БРИГАД**

Луганський державний медичний університет

Для оптимізації роботи ЧЛБ обґрунтовано та розроблено психотерапевтичний комплекс, котрий успішно використовувався у 388 робітників, 159 із яких страждали на невротичні розлади. Для підтвердження ефективності даного психотерапевтичного комплексу використовували клінічний динамічний нагляд за емоційним станом, динамічне дослідження вегетативної нервової системи. Як показують дослідження, адекватно призначена психотерапія не тільки сприяє стійкій редукції субклінічних невротичних розладів у ЧЛБ, але й дозволяє об'єднати їх в достатньо товариський колектив та утворити взаємозамінюємість. Психотерапевтичний комплекс дозволяє значно знизити підвищену тривожність ЧЛБ, питому вагу негативних емоцій та збільшити частоту та інтенсивність позитивних. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.63-66)

**SOME ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY OF DISTURBING REACTIONS AT MEMBERS OF  
LOCOMOTIVE BRIGADES**

Lugansk state medical university

For optimization of work member of the Locomotiv bridges the psychotherapeutic complex which was successfully used at 388 workers is proved and developed, 159 from which suffered neurotic frustration. For acknowledgement of efficiency of the given psychotherapeutic complex used clinical dynamic supervision over an emotional condition, dynamic research of vegetative nervous system. As show the supervision, adequately appointed psychotherapy not only promotes a proof reduction of subclinical neurotic frustration at member of the Locomotiv bridges, but also allows to rally them in amicable enough collective and to create interchangeability. The psychotherapeutic complex allows to lower considerably increased uneasiness member of the Locomotiv bridges, densities of negative emotions and to increase frequency and intensity positive. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.63-66)

*Литература*

1. Анашкін В.В. Основні напрямки діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби залізничного транспорту України на сучасному етапі розвитку транспортної галузі // МЗТУ 2002 - № 3 – С. 81-83.
2. Matthev H. Occupational factor and unexplained physical symptoms // Advances in Psychiatric Treatment. – 1998. - № 4. – С. 151-158.
3. Хаустова О.О., Чабан О.С. Виробничі фактори в етіопатогенезі психосоматичних розладів // Медицина залізничного транспорту України – 2002 - № 3 – С. 84-86.
4. Иванов О.А., Плаксин Е.А., Назарова Н.П. Организация системы медицины катастроф на Донецкой железной дороге // Медицина залізничного транспорту України – 2002 - № 2 – С. 44-49.
5. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. Харьков, РИФ «АРСИС, ЛТД», - 2000 – 159 с.

Поступила в редакцию 21.05.2004

УДК 616.12-008.331.1-08:616.8-009.836:301.085

*Т.И. Ахмедов, Д.А. Омельченко, Д.А. Романов***СТРУКТУРА НОЧНОГО СНА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ  
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский научно-исследовательский институт гигиены труда и профзаболеваний

Ключевые слова: ночной сон, немедикаментозное лечение, качество жизни, гипертоническая болезнь

Тот факт, что качество сна существенно влияет на качество жизни, относится к фактам, не требующим объяснения. И постулат «Качество сна – это качество жизни» стал уже рекламным слоганом. Действительно, здоровый сон, без мучительного засыпания, внезапных пробуждений, чувства усталости, разбитости по утрам – главный фактор продуктивного бодрствования. Поэтому рассматривая действительное наполнение понятия «качество жизни», необходимо, прежде всего, оценить имеющиеся нарушения сна и тем или иным путем преодолеть их.

Так, в клинике гипертонической болезни проблема нарушений ночного сна в настоящее время очерчивается следующим образом. Нет ясности, в какой мере диссомнии участвуют в формировании ее патофизиологических механизмов, в чем состоит их роль в дальнейшем развитии или регрессе основного заболевания, как влияют нарушения цикла сон-бодрствование на уровень качества жизни больных с артериальной гипертензией.

В настоящем исследовании для выделения клинических вариантов изменений сна у больных гипертонической болезнью и определения их состояния во время бодрствования использовалась специально разработанная анкета. Обычно жалобы больных на те или иные нарушения сна представлялись в виде симптомокомплекса. Например, в одних случаях больные жаловались как на замедление засыпания, так и на уменьшение продолжительности сна, в других – к этим расстройствам добавлялись ухудшение качества сна и жалобы на его поверхностность. Почти всегда больные предъявляли сразу несколько жалоб на нарушения сна.

В результате обработки анкет, обследованные больные (всего 100 человек в возрасте 40-50 лет) были разделены на три группы:

1) больные, неудовлетворенные засыпанием,

глубиной и качеством сна, то есть всеми характеристиками сна, за исключением его общей продолжительности (45%);

2) больные, неудовлетворенные сном вообще, то есть его продолжительностью, периодом засыпания, глубиной и качеством (41%);

3) больные, удовлетворенные сном и не предъявляющие жалоб на его изменения (14%).

Следовательно, в подавляющем числе наблюдений больных гипертонической болезнью имели место нарушения ночного сна. Даже у тех больных, которые вошли в третью группу, при целенаправленном опросе все же определялись его изменения.

Одно из ведущих мест в клинической картине нарушений сна у больных гипертонической болезнью занимают расстройства засыпания (85% наблюдений). Основными его причинами являются возникающие в вечернее время различные сенсорные нарушения, преимущественно кардиального плана в виде болей в области сердца, сердцебиения, чувства удушья (41%). Вместе с тем можно отметить негативное влияние на процесс засыпания переживаемых во время дневного бодрствования чрезмерных эмоциональных перенапряжений (31%) и боязни не уснуть (11%). Кроме того, больные иногда говорили о появлении перед сном навязчивых мыслей о самочувствии, проделанной днем работе (31%) и т.п.

Сокращение общей длительности сна связывается с частыми ночными (иногда до 10-15 раз) и ранними окончательными пробуждениями.

Основной причиной пробуждений 38% больных называют посторонний звук (кашель, шаги и т.п.). Пробуждениям способствуют, и возникновение во время сна головных болей, головнокружения, болей в области сердца, сердцебиения. При ночном пробуждении эти больные гипер-

тонической болезнью продолжают испытывать головную боль (45%), тяжесть в ней (38%), головокружение (21%), сердцебиение (17%), чувство жара или озноба, сухость во рту (21%), из-за чего они вновь долго не могут уснуть. У некоторых больных (18%) нами были отмечены нарушения дыхания во время сна в виде чувства «нехватки воздуха».

В некоторых случаях больных гипертонической болезнью беспокоят периодически возникающие устрашающие сновидения, которые также могут приводить к ночному пробуждению (38%). Появление таких сновидений больные чаще связывают с умственным и физическим перенапряжением (45%), а также с общим самочувствием (31%). У 7% больных причина пробуждения среди ночи – чувство немотивированной тревоги.

У большинства больных гипертонической болезнью переход от сна к бодрствованию был замедлен. Для включения в трудовую деятельность им требовался, согласно нашим данным, более длительный период времени (до 50-60 минут), чем для здоровых испытуемых (10-15 минут). В утренние часы уровень бодрствования этих больных был обычно низок: они ощущали вялость (59%), разбитость (41%), общую слабость (24%). Вечером они также чувствовали себя утомленными (41%), и наряду с этим отмечали немотивированную тревогу и раздражительность (31%). Больные гипертонической болезнью были наиболее трудоспособными и бодрыми в середине дня.

Таким образом, анализ субъективных отчетов о качестве сна показал его существенные нарушения, связанные с удлиненным засыпанием, частыми ночными и ранним утренним пробуждениями, кошмарными сновидениями, что в итоге сказывается на состояниях бодрствования и качестве жизни больного в целом.

Факторный анализ структуры ночного сна у больных гипертонической болезнью выявил 4 фактора.

Фактор 1 (45% полной дисперсии): практически все переменные, которые входят в структуру фактора 1 у здоровых испытуемых: продолжительность парадоксального сна – 0,89, число фрагментов парадоксального сна – 0,75, длительность одного фрагмента парадоксального сна – 0,71, продолжительность фрагмента сна средней глубины, предшествующего парадоксальному – 0,66, продолжительность фрагмента дельта-сна перед началом парадоксального – 0,68.

Фактор 2 (20%): продолжительность сна

средней глубины – 0,65, продолжительность дельта-сна – 0,62, число фрагментов сна средней глубины – 0,73, число фрагментов дельта-сна – 0,61, количество переходов от сна средней глубины к дельта-сну и обратно 0,74.

Следовательно, фактор 2 включает в себя показатели, как сна средней глубины, так и дельта-сна, входящих в норму в структуру разных факторов. Этот новый, специфический для больных гипертонической болезнью фактор был назван нами фактором «медленноволнового сна».

Фактор 3 (12%): идентичен фактору сна средней глубины у здоровых испытуемых: продолжительность сна средней глубины – 0,81, продолжительность фрагмента сна средней глубины – 0,90, число переходов от стадии сонных веретен ко сну средней глубины – 0,72.

Фактор 4 (7,5%): длительность засыпания – 0,70, продолжительность поверхностного сна – 0,65, число фрагментов стадии сонных веретен – 0,80, количество переходов от поверхностного сна к стадии сонных веретен – 0,66.

Состав фактора 4 также специфичен для больных гипертонической болезнью и позволяет дать ему определение фактора «начала или инициации сна».

Таким образом, у больных гипертонической болезнью генеральный фактор (фактор парадоксального сна), определяющий структуру ночного сна, и 3 фактора (фактор сна средней глубины) не изменяют свою структуру. Однако при этом сокращается общее число механизмов регуляции цикла сон-бодрствование, и появляются специфические для состояния артериальной гипертензии факторы – медленноволнового сна и инициации сна.

Лечение нарушений цикла сон-бодрствование у больных гипертонической болезнью проводилось с учетом основного заболевания с использованием приемов психотерапии и гипнопунктуры [2]. Приступая к анализу изменений структуры ночного сна у больных гипертонической болезнью, наступивших в результате применения различных видов немедикаментозного лечения, необходимо, прежде всего, отметить, что имело место практически полное устранение жалоб на расстройства ночного сна. Средняя продолжительность ночного сна больных гипертонической болезнью во всех группах в результате лечения возросла незначительно (на 10-14 мин в зависимости от способа немедикаментозной терапии), однако резко сократилось время засыпания (до 12-16 мин), что в целом сочеталось с более ранним утренним пробуждением (таблица 1).

## Структура ночного сна больных гипертонической болезнью

Показатели	До лечения	Психотерапия	Гипнопунктура
Общая длительность сна (мин)	370±17,0	384±16,2	383±15,4
Длительность засыпания (мин)	32,8±8,6	12±6,5	12±6,8
Медленноволновой сон (мин)	288±16,2	296±16,0	291±17,1
1 стадия (%)	17,7±3,2	24,8±3,8	25,6±3,6
2 стадия (%)	21,6±3,0	17,0±2,0	17,4±1,8
3 стадия (%)	16,4±2,2	14,0±1,4	13,8±1,4
4 стадия (%)	20,1±2,8	18,0±2,0	18,0±1,6
Быстроволновой сон (мин)	82±8,8	88±8,0	92±9,3
Число циклов сна	3,2±0,4	4,2±0,4	4,5±0,4

Мы не выявили снижения длительности 1 стадии медленноволнового сна ни в одной из групп. В то же время было обнаружено увеличение длительности стадии «сонных веретен» (до 25,6% общего времени сна), а представленность дельта-сна, как и сна средней глубины (3 стадия) сокращалась, за счет чего возрастала продолжительность парадоксального сна (на 7,0-8,8%). При этом в его электрографической картине отсутствовали явления «диссоциации» или «расщепления», возрастало количество быстрых движений глаз в минуту. Можно также отметить тот факт, что в результате лечения пробуждение у больных гипертонической болезнью наступало, как правило, после окончания цикла – из парадоксальной стадии или же, реже, из поверхностного сна.

Важные, хотя и во многом неожиданные данные для осмысления влияния немедикаментозного лечения на структуру сна больных гипертонической болезнью представил факторный анализ.

Прежде всего, следует отметить, что состав выделенных факторов был одинаков во всех группах больных, то есть способ лечения оказывал «неспецифическое» воздействие на механизмы организации цикла сон-бодрствование у больных гипертонической болезнью. Всего было выделено четыре фактора, весовая нагрузка которых превышала 5% (пороговый уровень для учета и интерпретации данного фактора).

Фактор 1 (42% в 1 группе, 45% – во 2-ой, 44% – в 3-ей): продолжительность глубокого медленноволнового сна (0,75; 0,77; 0,84, соответственно), число фрагментов сна средней глубины (0,78; 0,69; 0,66), число фрагментов дельта-сна (0,55; 0,70; 0,89), длительность одного фрагмента дельта-сна (0,60; 0,62; 0,77), продолжительность фрагмента дельта-сна перед началом па-

радоксального сна (0,00; 0,88; 0,90), количество переходов от дельта-сна к парадоксальному сну (0,92; 0,78; 0,83).

Фактор 2 (29%; 28%; 28%): продолжительность парадоксального сна (0,88; 0,56; 0,77), число фрагментов парадоксального сна (0,91; 0,66; 0,60), длительность одного фрагмента парадоксального сна (0,78; 0,92; 0,86), количество переходов от дельта-сна к парадоксальному (0,54; 0,70; 0,74), продолжительность фрагмента дельта-сна, предшествующего парадоксальному сну (0,81; 0,65; 0,80).

Фактор 3 (11%; 13%; 11%): продолжительность стадии «сонных веретен» (0,76; 0,60; 0,67), число фрагментов стадии сонных веретен (0,50; 0,56; 0,75), количество взаимных переходов между стадией сонных веретен и сном средней глубины (0,97; 0,80; 0,89).

Фактор 4 (7%, 8%, 8%): продолжительность сна средней глубины (0,60; 0,74; 0,67), длительность фрагмента сна средней глубины (0,53; 0,78; 0,75).

По составу переменных, выбранных каждым из факторов, они были интерпретированы как: 1-й – фактор «дельта-сна», 2-й – фактор «парадоксального сна», 3-й – фактор «стадии сонных веретен» и 4-й – фактор «сна средней глубины». Следовательно, результаты факторного анализа показывают существенную перестройку механизмов организации цикла сон - бодрствование, при которой их функциональное значение в значительной мере специфично, а факторная структура отличается от отмеченной у здоровых испытуемых.

В целом, суммируя вышесказанное, следует подчеркнуть, что система регуляции сна-бодрствования оказалась весьма чувствительной к тем функциональным изменениям, которые наступают в результате формирования артериаль-

ной гипертензии. Немедикаментозная терапия, как метод лечения гипертонической болезни, явилась к тому же адекватным средством лечения и расстройств сна, так как она практически полностью устранила субъективные жалобы на

ночной сон у изученных больных и в значительной мере нормализовала его структуру. Вследствие этого удалось существенно повысить качество жизни обследованных больных гипертонической болезнью.

*Т.И. Ахмедов, Д.А. Омельченко, Д.А. Романов*

### **СТРУКТУРА НІЧНОГО СНУ І ЇЇ ЗМІНИ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЯК ПОКАЗНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський науково-дослідний інститут гігієни праці та профзахворювань

У клініці гіпертонічної хвороби проблема порушень нічного сну в даний час не дає ясності, якою мірою диссомнії беруть участь у формуванні її патофізіологічних механізмів, в чому полягає їх роль в подальшому розвитку або регресі основного захворювання, як впливають порушення циклу сон-пильнування на рівень якості життя хворих з артеріальною гіпертензією.

У дослідженні для виділення клінічних варіантів змін сну у хворих на гіпертонічну хворобу і визначення їх полягання під час пильнування використовувалася спеціально розроблена анкета. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.67-70)

*T.I. Ahmedov, D.A. Omelchenko, D.A. Romanov*

### **STRUCTURE OF NIGHTLY SLEEP AND ITS CHANGE AS A RESULT OF UNMEDICINAL MEDICAL TREATMENT AS AN INDEX OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE ILLNESS**

Kharkiv medical academy for postgraduate study. Kharkiv scientific and research institute of labour hygiene and industrial diseases

In the clinic of hypertensive illness the problem of violations of nightly sleep presently does not give a clarity, in which measure dissonnii participate in forming of its pathophysiological mechanisms, what their role in further development or regress of basic disease consists of, as violations of cycle influence sleep-vigil on the level of quality of life of patients with arterial hypertension.

In the real research for the selection of clinical variants of changes of sleep at patients with hypertensive illness and decisions of their being during the vigil the developed questionnaire was used specially. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.67-70)

#### *Литература*

1. Болл Н., Хью Н. Качество сна – это качество жизни. – М.: «Эксмо-Пресс». – 2001. – 320 с.

2. Ахмедов Т.И., Курило В.А. Синтез гипнозу і акупунктури –

новый метод психотерапии: гипнопунктура – в лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію з пограничними психічними розладами / / Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1. – С. 98-100.

Поступила в редакцию 25.05.2004

УДК 616.894.8-085.24-07:578.832.1

*Г.С. Рачкаускас***СПІВВІДНОСЕННЯ КЛІНІЧНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ НА ТЛІ ІМУНОТРОПНОГО ЛІКУВАННЯ**

Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Ключові слова : шизофренія параноїдна, патогенез, лікування, ентеросорбція, імунокорекція

Патогенез шизофренії вважається мультифакторіальним і вимагає міждисциплінарного підходу [1–3]. Клінічний досвід показує, що нерідко відсутність ефективності від проведеної терапії за допомогою традиційних методів при шизофренії, що розглядається як прояви лікувальної резистентності, сполучається зі збереженням виражених імунних порушень при даному захворюванні [4, 5]. В окремих роботах було встановлено, що в патогенезі шизофренії суттєве значення має порушення клітинних факторів імунітету, а саме розвиток Т-лімфопенії, дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, пригнічення функціональної активності Т-клітин за даними реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) [6 - 8]. Тому в патогенетичному плані доцільною є розробка способів лікування хво-

рих на шизофренію, що спрямовані на відновлення імунологічного гомеостазу та, зокрема, нормалізацію показників клітинної імунної відповіді.

В цьому плані увагу привертає можливість використання методу диференційованої імунокорекції, спрямованого на нормалізацію кількісних та функціональних показників клітинного імунітету, виходячи з попереднього вивчення чутливості імунокомпетентних клітин до тих чи інших імуноактивних препаратів [9, 10].

Метою дійсного дослідження було вивчення імунологічної та клінічної динаміки проявів параноїдної шизофренії під впливом диференційованої імунокорекції та ентеросорбції, як методів впливу на цю важливу ланку патогенезу захворювання.

**Матеріали та методи дослідження**

Під наглядом знаходилося 2 групи хворих на параноїдну шизофренію: основна, що включала 199 осіб, які отримували лікування з призначенням додатково до загальноприйнятого курсу психотропних препаратів також диференційовану імунокорекцію та ентеросорбцію [11], і група зіставлення, що включала 341 особу, які лікувалися лише за допомогою загальноприйнятих препаратів.

Серед обстежених хворих пацієнти з безперервно-прогресивною параноїдною шизофренією (F20.00 відповідно до МКХ-10) склали 90 осіб, в тому числі 58 – в групі зіставлення і 32 – в основній групі. Хворих з нападаподібно-прогресивним варіантом перебігу параноїдної шизофренії (F20.01 відповідно до МКХ-10) було 226, в тому числі 136 – в групі зіставлення та 90

– в основній групі. Пацієнтів з шизоафективним розладом (що відзначається МКХ-10, як F20.02+03+F25) було 224, в тому числі 147 – в групі зіставлення та 77 – в основній групі. Обидві групи обстежених хворих були рандомізовані за віком, статтю, загальною тривалістю захворювання, частотою загострень патологічного процесу, характером загальноприйнятого лікування, що проводилося.

Поряд з основним – клініко психопатологічним - методом дослідження використовувалися імунологічні - стандартні методики розеткування, та облік РБТЛ.

Отримані дані обчислювали за допомогою персонального комп'ютера AMD Duron 900 та проводили статистичну обробку з використанням стандартних пакетів прикладних програм.

**Результати дослідження та їх обговорення**

До початку лікування у обстежених хворих на шизофренію встановлені суттєві зсуви імунологічних показників, а саме Т-лімфопенія

(зниження загальної кількості циркулюючих у периферійній крові Т-лімфоцитів, тобто популяції CD3+клітин), дисбаланс субпопуляційно-

го складу Т-лімфоцитів зі змінами співвідношення між основними субпопуляціями Т-клітин, а саме Т-хелперами (CD4+) та Т-супресорами (CD8+). Функціональна активність Т-клітин за даними РБТЛ була також знижена. Таким чином, у хворих на шизофренію

відмічалось суттєве пригнічення як кількісних, так і функціональних показників Т-клітинної ланки імунної відповіді. При цьому встановлено, що вираженість імунних порушень залежала від варіанту клінічного перебігу шизофренії (табл. 1).

Таблиця 1

**Показники РБТЛ та клітинного імунітету у хворих з різними клінічними формами перебігу шизофренії**

Імунологічний показник	Норма	Групи хворих на шизофренію (M±m):		
		F20.00	F20.01	F20.02+03+F25
CD3 <sup>+</sup> , %	70,5±1,67	40,4±0,48***	49,1±0,29***	53,8±0,62**
CD4 <sup>+</sup> , %	45,3±1,32	38,3±0,32*	32,2±0,20**	34,9±0,24**
CD8 <sup>+</sup> , %	22,1±0,77	19,5±0,20*	19,4±0,10*	19,8±0,15*
CD4/CD8	2,05±0,06	1,96±0,03	1,65±0,01**	1,76±0,02*
CD22 <sup>+</sup> , %	21,3±0,82	15,2±0,16*	15,8±0,07*	15,2±0,10*
РБТЛ спонт. %	8,90±0,58	5,1±0,10**	5,9±0,07*	7,0±0,09*
РБТЛ с ФГА, %	65,3±2,8	32,9±0,48**	39,6±0,17*	45,2±0,37*

**Примітка:** \* - вірогідність різниці у порівнянні з практично здоровими при P<0,05; \*\* - P<0,01; \*\*\* - P<0,001

Максимальні зсуви вивчених імунологічних показників мали місце при безперервно-прогресивному варіанті перебігу шизофренії, мінімальні – при шизоафективному розладі. Так, при безперервно-прогресивному варіанті клінічного перебігу шизофренії середня кількість - клітин CD3+ (загальна популяція Т-лімфоцитів) була знижена в 1,75 разів відносно норми, CD4+ - клітин (Т – хелпери (індуктори)) в 1,18 разів, середня кількість CD8+ (Т - супресори) – в 1,13 разів, CD22+ - в 1,16 разів, коефіцієнт CD4+/CD8+ (імунорегуляторний індекс) вірогідно від норми не відрізнявся. При шубоподібно-прогресивному варіанті клінічного перебігу шизофренії середня кількість - клітин CD3+ була знижена в 1,42 разів відносно норми, CD4+ - клітин в 1,40 разів, середня кількість CD8+ - в 1,14 разів, CD22+ - в 1,17 разів, імунорегуляторний індекс CD4+/

CD8+ понизився в 1,24 разів відносно норми. При шизоафективному розладі кількість клітин CD3+ була знижена відносно норми в 1,3 разів, клітин CD4+ - в 1,30 разів, клітин CD8+ та клітин CD22+ в 1,12 та 1,15 разів відповідно, імунорегуляторний індекс CD4+/CD8+ був знижений в 1,17 разів відносно норми.

За обліком отриманих даних розроблені засоби використання методу диференційованої імунокорекції, спрямованого на нормалізацію кількісних та функціональних показників клітинного імунітету, виходячи з попереднього вивчення чутливості імунокомпетентних клітин до тих чи інших імуноактивних препаратів [12]. При цьому хворому вводять саме той імуноактивний препарат, до якого у нього встановлена максимальна чутливість імунокомпетентних клітин, зокрема Т-лімфоцитів, як провідного елемента клітинної ланки імунної відповіді.



Докладно здійснення пропонованого способу описано у попередніх роботах [13].

В результаті проведеного лікування одержані дані, представлені у наступній таблиці 2.

Таблиця 2

**Показники РБТЛ та клітинного імунітету у хворих з різними варіантами перебігу параноїдної шизофренії, вивчені за допомогою методик МКАТ після завершення лікування з використанням ентеросорбції та імунокорекції**

Показник %	Норма	Тип перебігу шизофренії	Основна група		Група зіставлення	
			Клінічне поліпшення	Особи без змін клініки	Клінічне поліпшення	Особи без змін клініки
CD3 <sup>+</sup>	70,5 ±1,67	F20.00	49,6±0,56***	44,2±0,89***	47,9±0,73**	41,3±0,90***
		F20.01	61,0±0,32**	53,2±1,53***	53,9±0,33***	51,3±0,53***
		F20.02+03+F25	63,7±0,67**	56,3±1,66**	57,9±0,46**	53,4±0,95**
CD4 <sup>+</sup>	45,3 ±1,32	F20.00	41,2±0,38*	39,7±0,47**	39,2±0,32*	37,4±0,51*
		F20.01	39,3±0,21**	33,4±0,87**	35,1±0,24**	31,3±0,17**
		F20.02+03+F25	40,8±0,26*	36,9±0,69**	40,4±0,28*	36,3±0,42*
CD8 <sup>+</sup>	22,1 ±0,77	F20.00	20,5±0,22*	20,8±0,43*	22,6±0,17	18,7±0,26*
		F20.01	21,6±0,11	20,8±0,29*	20,2±0,12*	19,8±0,17*
		F20.02+03+F25	21,9±0,16	20,6±0,39*	21,7±0,12	20,8±0,20*
CD4/CD8	2,05 ±0,06	F20.00	2,01±0,03	1,91±0,05*	2,10±0,03	1,65±0,03*
		F20.01	1,82±0,01*	1,61±0,05**	1,74±0,02*	1,58±0,01*
		F20.02+03+F25	1,96±0,02	1,79±0,04*	1,94±0,02*	1,67±0,02*
CD22 <sup>+</sup>	21,3 ±0,82	F20.00	17,0±0,17*	16,4±0,34*	16,2±0,16*	14,2±0,26*
		F20.01	19,0±0,08*	15,7±0,21*	18,9±0,08*	14,8±0,13*
		F20.02+03+F25	19,1±0,11*	16,1±0,31*	16,5±0,09*	15,8±0,20*
РБТЛ спонтанна	8,90 ±0,58	F20.00	7,04±0,12*	8,00±0,12*	6,89±0,13*	3,94±0,16**
		F20.01	7,30±0,08*	5,80±0,20*	7,09±0,08*	4,92±0,12**
		F20.02+03+F25	7,98±0,10*	7,00±0,19*	7,08±0,08*	6,50±0,17*
РБТЛ з ФГА	65,3 ±2,8	F20.00	42,26±0,56**	33,33±0,69**	40,4±0,46**	33,9±0,63**
		F20.01	46,64±0,19**	39,90±0,43**	41,9±0,23**	39,0±0,28**
		F20.02+03+F25	54,30±0,41**	44,36±0,83**	45,7±0,38**	44,0±0,62**

**Примітка:** \* - вірогідність різниці у порівнянні з практично здоровими при P<0,05  
\*\* - P<0,01 \*\*\* - P<0,001

Клінічна ефективність використання пропонованого в дійсному дослідженні лікувального комплексу виявляється вже при зіставленні середніх термінів лікування хворих з різними варіантами перебігу шизофренії. З приведених у таблиці 3 даних випливає, що при відсутності достовірних розходжень у термінах лікування хворих з безпе-

речно-прогресивною і шубоподібно-прогресивною формами шизофренії звертає увагу помітне скорочення термінів лікування хворих із шизоафективним розладом. При цьому терміни лікування хворих останньої групи виявляються на 12,5 днів менше, ніж при використанні загальноприйнятної психофармакотерапії (P<0.05).

Таблиця 3

**Середні терміни лікування хворих (у добах) на різні форми шизофренії в залежності від використання пропонованого лікування**

Варіанти перебігу шизофренії	Основна група (n=199)	Група зіставлення (n=341)	Вірогідність різниці (Т-критерій)
F20.00	57.7 ± 5.6	55.9 ± 4.7	T=0.24
F20.01	64.8 ± 3.9	62.5 ± 3.1	T=0.47
F20.02+03+F25	45.3 ± 2.5	57.8 ± 2.5	T=3.54 P<0.05

У процесі лікувального використання імуноактивних препаратів і ентеросорбентів у хворих з різними формами перебігу параноїдної шизоф-

ренії виявилися розходження в необхідній для досягнення клінічного ефекту кількості психотропних засобів.

Таблиця 4

**Розподіл кількостей середніх стандартних дозувань психотропних засобів**

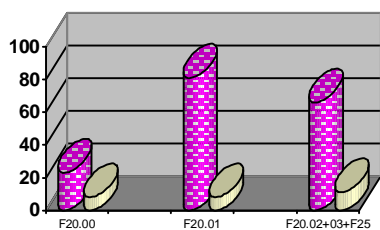
Тип перебігу	Група препаратів	Основна група	Група зіставлення	Вірогідність розходжень
F20.00	Нейролептики	30.3 ± 3.1	55.3 ± 3.7	T= 5.18 p<0.01
	Транквілізатори	18.2 ± 4.2	23.9 ± 4.3	T = 0.95 p>0.05
	Антидепресанти	1.7 ± 0.5	3.4 ± 0.6	T = 2.18 p<0.05
	Разом	50.3 ± 5.1	83.5 ± 5.4	T = 4.23 p<0.02
F20.01	Нейролептики	44,2 ± 5.2	24.9 ± 4.9	T =2.64 p<0.05
	Транквілізатори	1.5 ± 0.5	20.5 ± 3.4	T =5.42 p<0.01
	Антидепресанти	3.0 ± 1.1	12.1 ± 4.2	T =2.85 p<0.05
	Разом	48.7 ± 3.3	57.4 ± 3.9	T =2.06 p<0.05
F20.02 +03+F25	Нейролептики	18.8 ± 4.6	81.0 ± 6.4	T = 5.14 p<0.01
	Транквілізатори	16.0 ± 4.9	31.6 ± 5.1	T = 2.44 p<0.05
	Антидепресанти	5.8 ± 1.9	22.9 ± 3.7	T = 4.12 p<0.05
	Разом	40.7 ± 2.8	134.9 ± 18.7	T = 4.99 p<0.02

У таблиці 4 зіставлені кількості психотропних засобів, використаних при лікуванні хворих основної групи і групи зіставлення в середніх терапевтичних дозах, розрахованих у відповідності загальноприйнятими рекомендаціями (за М.Д.Машковським, 1998).

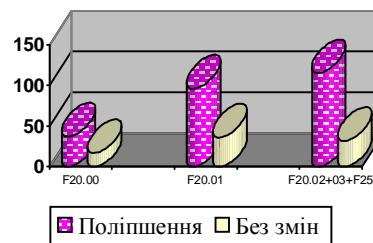
Аналіз даних, приведених у таблиці показує, що використання в комплексному лікуванні хворих на шизофренію імуноактивних засобів і ентеросорбентів дозволяє значно зменшити дозування багатьох психотропних препаратів у залежності від особливостей перебігу захворюван-

ня. Наприклад, пропонуване лікування хворих з безперервно–прогресивною шизофренією вимагає щодо менших доз як нейролептиків (у 1.8 рази), так і транквілізаторів (у 1.3 рази) і антидепресантів (у 2 рази). Лікування ж хворих із шубоподібно–прогресивним типом перебігу припускає деяке підвищення доз нейролептиків (у 1.7 рази) при різкому скороченні використання транквілізаторів (у 13.6 рази) і антидепресантів (у 4 рази), що в цілому порозумівається, очевидно, імунологічною неоднорідністю різних форм шизофренії.

Основна група (n=199)



Група зіставлення (n=341)



**Рис. 1** Клінічні результати лікування досліджених хворих на параноїдну шизофренію (абсциса – групи хворих за типами перебігу, ордината – кількість хворих)

Особливо яскраво помітне зменшення використовуваних дозувань психотропних засобів

при лікуванні хворих із шизоафективним розладом (у 3.3. рази по всіх групах препаратів), при

якому, як було відзначено вище, помітно скорочуються і загальні терміни лікування.

Клінічний психопатологічний аналіз показує, що застосування пропонованого лікувального комплексу практично цілком виключає погіршення психічного стану хворих у процесі лікування в порівнянні з використанням традиційних схем (0% проти 20%,  $p < 0.05$ ).

Частка хворих, у психічному статусі яких істотних змін не простежується, також вірогідно нижче за умови застосування імуноактивних препаратів і ентеросорбентів (25% проти 40%,  $p < 0.05$ ). Особливо ж помітна різниця в кількості хворих, що пройшли курс лікування зі значним поліпшенням психічного стану (40% проти 12%,  $p < 0.05$ ).

Висновки.

1. Дійсне дослідження, проведене на високо-репрезентативній і клінічно верифікованій вибірці хворих на шизофренію, показало наявність глибокого зв'язку клініко-патогенетичних механізмів, що визначають перебіг параноїдної шизофренії, з особливостями клітинного імунітету при цьому захворюванні і доцільність включення в терапевтичні схеми засобів, що впливають на імунні механізми.

2. Показово, що більш виражені зміни з боку

як клітинних, так і гуморальних показників імунітету відзначалися в осіб з вираженою клінічною і психопатологічною симптоматикою. Повторне імунологічне дослідження дозволяло констатувати той факт, що погіршення стану хворих, зв'язане з прогресуванням захворювання, у більшості випадків сполучилося з посиленням дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій і подальшою активацією імуноксиплексних реакцій. Вищевказане необхідно враховувати при розробці програм лікування і прогнозування перебігу захворювання.

3. Клінічна ефективність застосування пропонованого лікувального комплексу виявляється як скороченням термінів лікування значної частини хворих, так і зниженням загально-необхідної для досягнення позитивного ефекту кількості психотропних препаратів, призначуваних хворим. Це з одного боку забезпечує зменшення матеріальних витрат, з іншого боку – створює передумови для профілактики побічних ефектів від дії нейролептиків і антидепресантів.

4. Таким чином, представляється доцільним подальше впровадження диференційованої імунокорекції та ентеросорбції, як патогенетичного методу у комплексному лікуванні параноїдної шизофренії.

*Г.С. Рачкаускас*

## **СООТНОШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ ИММУНОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

С целью изучения иммунологической и клинической динамики проявлений параноидной шизофрении под влиянием дифференцированной иммунокоррекции и энтеросорбции как патогенетического метода лечения обследовано 2 группы больных параноидной шизофренией: основная, включавшая 199 пациентов, получавших лечение с назначением дополнительно к общепринятому курсу психотропных препаратов дифференцированной иммунокоррекции и энтеросорбции, и группа сравнения, включавшая 341 пациента, лечившегося лишь с помощью общепринятых препаратов. Наряду с основным – клинико-психопатологическим – методом исследования использовались иммунологические – стандартные методики розеткообразования и расчет РБТЛ. Исследование показало глубокую связь клинико-патогенетических механизмов, определяющих течение параноидной шизофрении, с особенностями клеточного иммунитета при этом заболевании и целесообразность включения в терапевтические схемы средств, влияющих на иммунные механизмы. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.71-76)

*G.S. Rachkauskas*

## **RATIO OF CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FACTORS AT PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA ON BACKGROUND OF IMMUNOTROPIC TREATMENT**

Lugansk regional clinical psychoneurological hospital

With the purpose of studying of immunological and clinical dynamics of paranoid schizophrenia under the influence of differential immunocorrection and entherosorbition as pathogenetic method of treatment was surveyed 2 groups of patients by paranoid schizophrenia: the basic, including 199 patients receiving treatment with assignment in addition to the standard rate of psychotropic preparations differential immunocorrection and entherosorbition, and the group of comparison including 341 patients, treated only with the help of the standard preparations. Alongside with the basic - clinic-psychopathological - a method of research were used immunological - standard techniques. Research has shown deep connection of the pathogenetic mechanisms determining current of paranoid schizophrenia, with features of cellular immunity at this disease and expediency of inclusion in therapeutic circuits of the means influencing immune mechanisms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.71-76)

## Література

1. Орлова В.А. Клинико-генетические исследования шизофрении (современное состояние и перспективы развития) // Рос.психиатр.журн. –2003. - №1. - С.31-35.
2. Орлова В.А. Клинико-генетические подходы к оценке риска проявления шизофрении в семьях: Дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 - М., 2000. – 372 с.
3. Anderson M. and Guy T. Deviators. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness // Adv in psych Treatment. -2001. – Vol.7. - P.170-180.
4. Голимбет В.Е. Щербатых Т.В., Абрамова З.И. и др. Полиморфизм гена-переносчика серотонина вотягощенных шизофренией семьях // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакови. –2001. – Т.10. - С.40-41.
5. Рачкаускас Г.С., Погребняк Л.Л., Могильный О.Й., Петруня А.М. Імунні та мікрогемодинамічні порушення у хворих на шизофренію та їх корекція // Укр. вісн. психоневрол. - 1996. - Т. 4. - Вип. 4(11). - С. 66-68.
6. Рачкаускас Г.С., Кутько И.И. Иммуные нарушения у больных с различными клиническими формами шизофрении // Проблемы клінічної та імунологічної генетики: Зб. наук. пр. - Київ; Луганськ, 1996. - С. 90-93.
7. Рачкаускас Г.С. Особенности изменений клеточного иммунитета при различных клинико-патогенетических вариантах течения шизофрении // Пробл. екологіч. та медичн. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. пр. – Київ; Луганськ; Харків, 2002. - Вип. 6(45).- С. 95-108.
8. Рачкаускас Г.С. Особенности изменений клеточного иммунитета при различных клинико- патогенетических вариантах течения шизофрении // Український медичний альманах. - 2002. - Т.5, №5.- С.170-174.
9. Рачкаускас Г.С., Погребняк Л.Л., Пустовой Ю.Г. Детоксикационная терапия в общей программе лечебных мероприятий при злокачественном течении шизофрении // Арх. психиатр. - 1996. -№3. - С.18-21.
10. Рачкаускас Г.С. Влияние иммуноактивных препаратов и энтеросорбентов на психопатологические характеристики у больных шизофренией // Пробл. екологіч. та медичн. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. пр. – Київ; Луганськ; Харків, 2002. - Вип. 4(43).- С.169-175.
11. Рачкаускас Г.С. Вплив імуноактивних препаратів на динаміку психометричних корелятив у хворих на шизофренію // Пробл. екологіч. та медичн. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. пр. – Київ; Луганськ; Харків, 2002. - Вип. 5(44).- С.133-142.

Поступила в редакцию 26.05.2004

УДК 159.96:616.45 – 001.1/3 – 003.96

*Л.Ф. Шестопалова, Г.С. Рачкаускас, В.А. Кожевникова***ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШАХТЕРОВ, ПЕРЕЖИВШИХ  
ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Ключевые слова: качество жизни, шахтеры, профессии повышенного риска, посттравматические стрессовые расстройства

В настоящее время в Украине имеются многочисленные профессиональные группы, деятельность которых характеризуется повышенной стрессогенностью (пожарные, сотрудники спецподразделений МВД и МЧС, шахтеры и др.) [1]. Воздействие характерных для профессий повышенного риска стресс-факторов может приводить к различным нарушениям психического здоровья, в частности, к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) [2].

Изучение распространенности ПТСР среди представителей профессий повышенного риска, проведенное в Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, показало, что у 23% обследованных пожарных и у 24% сотрудников спецподразделений МВД имели место отдельные симптомы ПТСР. Выявлена тенденция к накоплению симптомов ПТСР у данных контингентов по мере увеличения срока служ-

бы и уровня ее стрессогенности [1].

Наряду с другими факторами и условиями, взаимодействие и взаимовлияние которых определяют особенности формирования и течения ПТСР, были выделены специфические «профессиональные» факторы риска и антириска. К ним относятся уровень профессиональной подготовки, степень готовности к деятельности в экстремальных условиях, уровень «стрессогенности» профессиональной деятельности, общий стаж профессиональной деятельности в экстремальных условиях, уровень психопрофилактического обеспечения профессиональной деятельности [3].

Для изучения и оценки эффективности социального, в том числе профессионального, функционирования представителей профессий повышенного риска представляется обоснованным использование показателя качества жизни [4].

**Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на двух шахтах Луганской области. В группу исследования были включены представители профессии повышенного риска (горнорабочие) в количестве 63 человек, все мужчины.

Методы исследования: клинико-психопатологический; анкетирование; психодиагностический метод, реализованный с помощью методики «Качество жизни» [5] и Миссисипской шкалы [6].

Качество жизни является интегративным показателем, с помощью которого оценивались три основных его компонента: 1) субъективное благополучие/удовлетворение, которое отражают шкалы «Физическое благополучие», «Психологическое/эмоциональное благополучие», «Общее восприятие качества жизни»; 2) исполнение социальных ролей (шкалы «Самообслуживание и независимость в действиях», «Межличностное

взаимодействие», «Личностная реализация», «Трудоспособность»); 3) внешние условия жизни, которые оценивались по шкалам «Социально-эмоциональная поддержка», «Гражданская и служебная поддержка», «Духовная реализация» [5].

На основании результатов психодиагностического обследования и данных клинического исследования, все пациенты были разделены на три группы. 1-ю группу составили 20 человек (31,7%), у которых средний балл по Миссисипской шкале составлял  $121,50 \pm 13,47$  балла, что соответствовало полному клиническому варианту ПТСР.

2-ю группу сформировали 28 обследуемых (44,5%), у которых средний показатель данной шкалы равен  $86,29 \pm 6,14$  баллам, что свидетельствует о наличии отдельных симптомов ПТСР. В 3-ю группу вошли 15 человек (23,8%), у которых показатель Миссисипской шкалы составил

67,50±7,93 балла, что говорит об отсутствии симптомов ПТСР.

Средний возраст всех обследуемых составил 42,1±17,4 лет. Данный показатель в трех группах обследуемых достоверно не отличался: средний возраст лиц без симптомов ПТСР составил 38,9±12,3 лет; с отдельными симптомами ПТСР – 41,7±18,2 лет; с клиническим вариантом ПТСР – 44,8±14,6 лет. Стаж работы на шахте в среднем по выборке составлял 15,9±8,6 лет. Этот показатель был также практически одинаковым во всех обследуемых группах: 15,6±11,5 лет, 16,7±9,5 и 15,1±7,5 лет соответственно.

С помощью разработанной анкеты нами были получены дополнительные сведения о различных аспектах профессиональной деятельности, которые могут являться факторами, значимыми для формирования психических расстройств у специалистов, переживших аварии на производстве.

В группе с клиническим вариантом ПТСР 90,0% обследуемых пострадали в результате аварий: получили черепно-мозговые травмы, переломы конечностей, тяжёлые ушибы и др., а также испытывали выраженные негативные эмоциональные переживания вследствие ранения и гибели других людей. Помимо этого 85,0% лиц данной группы были очевидцами аварий в шахте или участвовали в спасательных работах. 50,0% шахтёров с клиническим вариантом ПТСР отмечали наличие различных психотравмирующих ситуаций в анамнезе (в том числе участие в боевых действиях в Афганистане). Все это сви-

детельствует о том, что у большинства обследуемых лиц данной группы имеет место сочетанное воздействие нескольких психотравмирующих факторов.

Среди представителей 2-ой группы 62,4% получали физические или психологические травмы при выполнении профессиональной деятельности. 62,4% были свидетелями различных аварий на шахте или участвовали в спасательных работах. 26,7% обследуемых этой группы переживали в течение жизни иные экстремальные ситуации (опыт ликвидации последствий на ЧАЭС, дорожно-транспортные происшествия и т.д.).

Лишь 33,4% обследуемых 3-ей группы являлись пострадавшими в результате различных аварий во время выполнения профессиональной деятельности. 40% отмечают, что были очевидцами аварий (обвалы, пожары) или принимали участие в спасательных работах. 14,3% обследуемых этой группы отмечали в анамнезе факты дополнительной травматизации, не связанные с профессиональной деятельностью (дорожно-транспортные происшествия и т.д.).

Таким образом, лица, у которых был выявлен полный клинический вариант ПТСР, либо наблюдались его отдельные признаки, достоверно чаще подвергались физической и психологической травматизации во время профессиональной деятельности, а также являлись свидетелями аварий на шахте или принимали участие в спасательных работах, имели в анамнезе опыт переживания различных экстремальных ситуаций.

### Результаты исследования и их обсуждение

Для изучения изменений параметров качества жизни в зависимости от наличия и выраженности симптомов ПТСР во всех группах обследо-

мых использовалась методика «Качество жизни». Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели качества жизни у обследованных шахтёров

Показатели качества жизни	Группы обследуемых		
	с ПТСР	с отдельными симптомами ПТСР	без симптомов ПТСР
Здоровье	3,21±1,76 <sup>†</sup>	6,07±2,43	7,00±2,39
Эмоциональное состояние, настроение	3,29±1,82 <sup>†</sup>	5,64±2,90*	7,71±1,94
Трудоспособность	4,14±2,48 <sup>†</sup>	6,93±3,02	8,71±1,68
Удовлетворённость работой	4,43±2,34**	6,57±2,77	8,07±2,70
Взаимоотношения в семье	5,14±3,11 <sup>†</sup>	8,29±2,49	9,07±1,33
Отношения с друзьями	4,57±2,44 <sup>†</sup>	8,86±1,75	9,64±0,63
Материальное положение	2,57±1,50**	4,50±2,38	5,57±2,56
Удовлетворённость ситуацией в обществе	3,57±2,06**	6,07±3,10	5,21±3,12
Общее восприятие качества жизни	3,14±2,11 <sup>†</sup>	5,71±2,64	6,71±2,09

**Примечание:** достоверность различий по критерию Стьюдента ( $p < 0,05$ ): \* - между группами обследуемых без симптомов и с отдельными симптомами ПТСР; \*\* - между группами обследуемых с отдельными симптомами ПТСР и с клиническим вариантом ПТСР; достоверность различий по критерию Стьюдента ( $p < 0,001$ ): ! - между группами обследуемых с отдельными симптомами ПТСР и с клиническим вариантом ПТСР;

Наиболее низкие показатели в группе с полным вариантом ПТСР выявлены по шкалам «Материальное положение» ( $2,57 \pm 1,50$  балла), «Общее восприятие качества жизни» ( $3,14 \pm 2,11$ ), «Здоровье» ( $3,21 \pm 1,76$ ), «Эмоциональное состояние и настроение» ( $3,29 \pm 1,82$ ). Наиболее высоко обследуемые 1-ой группы оценили взаимоотношения в семье ( $5,14 \pm 3,11$  балла) и отношения с друзьями ( $4,57 \pm 2,44$ ).

Представители 2-ой группы наиболее низко оценивали своё материальное положение ( $4,50 \pm 2,38$  балла), эмоциональное состояние и настроение ( $5,64 \pm 2,90$ ), общее восприятие качества жизни ( $5,71 \pm 2,64$ ). Наиболее высоко данная группа обследуемых оценила свои взаимоотношения в семье ( $8,29 \pm 2,49$ ) и отношения с друзьями ( $8,86 \pm 1,75$  балла). Таким образом, обследуемые с полным вариантом ПТСР, как и лица с отдельными симптомами, менее всего были удовлетворены как субъективным благополучием, так и внешними условиями жизни. Вместе с тем, представители обеих групп высоко оценивали уровень своего социального функционирования. Однако, все параметры качества жизни у обследуемых с ПТСР были достоверно ниже, чем у лиц с его отдельными симптомами ( $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ ).

В 3-ей группе обследуемых наиболее низкие показатели (по сравнению с максимально возможными 10 баллами) были выявлены по шкалам «Удовлетворённость ситуацией в обществе» ( $5,21 \pm 3,12$  балла) и «Материальное положение» ( $5,57 \pm 2,56$  балла). Оценка общего восприятия качества жизни соответствовала  $6,71 \pm 2,09$  баллам. Наиболее высоко лица без симптомов ПТСР оценили взаимоотношения в семье ( $9,07 \pm 1,33$ ) и отношения с друзьями ( $9,64 \pm 0,63$  балла). Так, обследуемые данной группы менее всего были удовлетворены внешними условиями жизни, в то же время наиболее высоко оценивали выполнение своих социальных ролей. Сравнивая полученные данные 2-ой и 3-ей групп следует отметить, что достоверные различия были получены только по одному параметру – «Эмоциональное состояние и настроение» ( $p < 0,05$ ). Это может свидетельствовать о том, что социально-психологическая дезадаптация обследованных нами представителей профессий повышенного риска проявляется, в первую очередь, нарушениями в эмоциональной сфере.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее значимыми факторами риска формирования признаков ПТСР у обследованных нами шахтеров являются: физические трав-

мы, полученные в результате аварий в шахте; выраженные негативные эмоциональные переживания вследствие ранения или гибели других людей; участие в спасательных работах; наличие в анамнезе различных психотравмирующих ситуаций, не связанных с профессиональной деятельностью (опыт ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, служба в «горячих» точках, в том числе в Афганистане, дорожно-транспортные происшествия и т.д.). Положение о накоплении симптомов ПТСР у данных категорий лиц с увеличением стажа профессиональной деятельности в рамках нашего исследования подтверждения не нашло.

Для обследованных нами представителей профессий повышенного риска, вне зависимости от наличия и степени тяжести симптомов ПТСР, характерно снижение в той или иной степени (по сравнению с максимально возможными 10 баллами) субъективной оценки всех параметров качества их жизни. Лица без симптомов ПТСР наиболее низко оценивали внешние условия жизни, что выражалось в неудовлетворенности своим материальным положением и ситуацией в обществе. Обследуемые с признаками ПТСР, наряду с внешними условиями жизни, отмечали неудовлетворённость аспектами субъективного благополучия. Это проявлялось в низких оценках таких показателей качества жизни, как эмоциональное состояние и настроение, физическое здоровье. Причем, у лиц с клиническим вариантом ПТСР эти параметры были достоверно ниже, чем у обследуемых с отдельными симптомами. Наиболее высоко все обследованные нами представители профессий повышенного риска оценили взаимоотношения в семье и с друзьями, т.е. уровень микросоциального функционирования.

Таким образом, изучение показателя качества жизни позволяет выявить различные аспекты нарушений социального функционирования у лиц, чья профессиональная деятельность характеризуется повышенной стрессогенностью. Установлено, что в условиях хронического воздействия экстремальных факторов (как это имеет место у специалистов, принадлежащих к профессиональным группам повышенного риска), как правило, не происходит повышения порога «психологической чувствительности» к жизнеопасным ситуациям, что приводит к истощению личностных адаптивных ресурсов, а затем и к формированию тех или иных психопатологических реакций. Процессы психической адаптации человека к жизнеопасным («антивитальным»)

ситуациям имеют свои особые закономерности, механизмы и динамику, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий [7]. Эти результаты свидетельствуют о том, что профессиональная деятельность в условиях жизнеопасных ситуаций обязательно требует специального пси-

хологического сопровождения.

Полученные данные необходимо учитывать при разработке комплексных профилактических и лечебно-реабилитационных программ, направленных на улучшение личностного, социального, в т.ч. профессионального, функционирования представителей профессий повышенного риска.

*Л.Ф. Шестопалова, Г.С. Рачкаускас, В.А. Кожевнікова*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ШАХТАРІВ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПОДІЇ В УМОВАХ ВИРОБНИЦТВА**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Показано, що у шахтарів, що пережили життєвонебезпечні ситуації в умовах виробництва, показники якості життя достовірно знижуються. Існує залежність між ступенем зниження якості життя потерпілих і вираженістю симптомів ПТСР. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.77-80)

*L.F. Shestopalova, G.S. Rachkauskas, V.A. Kozhevnikova*

## **RESEARCH OF LIFE'S QUALITY OF MINERS WHO WERE INVOLVED IN EXTREME SITUATIONS AT WORKING PLACE**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine, Regional clinical psychoneurological hospital of Lugansk

It is shown, that at miners who were involved in life-threatening situations on working places, the indexes of life's quality were positively decreased. There is a dependence between the degree of decreasing of life's quality of the victims and expressiveness of the PTSD symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.77-80)

### *Литература*

1. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації / Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. — Харків, 2002. - 47с.  
2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств //Межд. мед. журн. - 2000. - Т.6, №3. - С. 31-34.  
3. Шестопалова Л.Ф. Клинико-психологическое исследование факторов и условий формирования посттравматических стрессовых расстройств у лиц, переживших экстремальные события //Укр. вісник психоневрології. - 2002.- Т.10, вип. 2(31). - С. 158-159.

4. Mezzich Juan E., Cohen Neal at al.: Validation of an efficient quality of life index: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999. - P. 427-428.  
5. Марута Н.О. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади //Укр. вісник психоневрології. - 2003.- Т.11, вип. 4(37). - С. 65-67.  
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. - 272 с.  
7. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологічні аспекти профілактики посттравматичних стресових розладів у осіб, які пережили екстремальні події // Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10, вип. 2 (37). - С. 241-244.

Поступила в редакцию 27.05.2004



УДК 616.89-008.444.9:613.956:343.9

*О.В. Катілов***АГРЕСИВНІСТЬ ПІДЛІТКІВ, ПРИТЯГНУТИХ ДО КРИМІНАЛЬНОЇ  
ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Ключові слова: підлітки, агресивність, тривожність

Соціальні кризові процеси, що відбуваються в сучасному суспільстві, негативно впливають на психологію людей, породжуючи тривожність і напруженість, жорстокість і насильство. Дані літератури свідчать про зростання девіантної поведінки серед осіб різних соціальних і демографічних груп населення. Особливо важко в цей період приходить підліткам. Підлітковий вік є одним з найбільш складних періодів розвитку людини. Незважаючи на відносну короткочасність, він багато в чому визначає все подальше життя індивідуума. Саме в підлітковому віці, переважно, відбувається формування характеру та інших особливостей особистості. Тривожним симптомом є збільшення числа неповнолітніх з делінквентним поведінням, що виявляються в асоціальних діях (алкоголізм, наркоманія, порушення суспільного порядку, хуліганство). Зростає число дітей і підлітків, що знаходяться в стані шкільної і соціальної дезадаптації, усе гостріше встає питання про ріст криміналізації в середовищі дітей і підлітків [4]. За останні роки значно зросла підліткова злочинність. Саме агресивне поведіння, у світі останніх тенденцій росту насильства, відноситься до числа найбільш серйозних проблем, перед яки-

ми сьогодні опинилося суспільство. Агресивність - це властивість особистості, що виражається в готовності до агресії, а також у схильності сприймати та інтерпретувати поведінку іншого як вороже [3]. У зв'язуванні з проблемою агресивності може розглядатися і проблема злочинності. Вивчення агресивності в дітей, як правило, вказує на внесок як генотипу, так і загального середовища в мінливості даної риси. Відзначено, що з віком вплив генетичних факторів підвищується, а факторів загального середовища знижується [5]. За результатами досліджень серед дорослих встановлено, що вплив соціального середовища на окремі види агресивності складає від 53 до 72 % [6].

Ведеться пошук шляхів які сприяють зниженню агресивності серед дітей і підлітків. Відзначено, що підвищення рівня рухової активності за допомогою активізації спортивно-масової роботи, позитивно впливає на рівень психічного стану соціально-дезадапованих підлітків [3].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей агресивності та тривожності у підлітків, які притягнуті до кримінальної відповідальності і відбувають покарання в закладах соціальної реабілітації.

**Матеріал та методи дослідження**

Проведено обстеження підлітків хлопчиків, які відбувають покарання в училищі соціальної реабілітації для неповнолітніх і підлітків з загальноосвітніх шкіл. Обстежені підлітки були розділені на дві групи: основну групу склали 121 підліток 14 – 16 років, що знаходяться у виправній установі протягом 1,5 років, контрольна група – 108 соціально-адапованих підлітків відповідного віку, що проживають у соціально-благополучних родинах.

Визначення показників та форм агресивних

реакцій проводили за допомогою опитувальника Басса-Даркі. Загальний рівень тривожності, рівні шкільної, самооцінкової та міжособистної тривожності визначали за методикою Кондаша, ступінь нейротизму – за допомогою опитувальника Айзенка. Психологічне тестування проведено за загальноприйнятими методиками для дітей та підлітків [2]. Статистичну обробку проводили за допомогою пакета програм «Statistica 5,5».

## Результати дослідження та їх обговорення

У результаті дослідження встановлено, що рівень фізичної агресії в групі засуджених підлітків 14 і 15 років достовірно нижче ( $<0,05$ ), ніж у соціально-адаптованих підлітків (таблиця 1). У підлітків 16 років розходжень у рівні фізичної агресії не виявлено. У той же час вербальна і непрямая агресія в дітей зазначених груп кількісно подібна і тільки в делінквентних підлітків 16 років вона нижче ( $<0,05$ ). У віковій групі 14 літніх дітей значимих розходжень серед інших форм агресивних реакцій не виявлено.

Делінквентні підлітки вірогідно сильніше відчувають образу, ніж їх законослухняні однолітки, тоді як виразне почуття провини притаманне переважно останнім. Рівень агресивної мотивації у соціально-адаптованих підлітків 16 років вище по відношенню до

дітей основної групи ( $<0,05$ ).

Відсутні кількісно значимі відмінності з боку драгівливості, підозрливості, індексу ворожості та індексу агресивності у делінквентних та соціально-адаптованих підлітків ( $>0,05$ ).

За даними Є. Фромма сама по собі агресивність не робить суб'єкта свідомо небезпечним, тому що, існуючий зв'язок між агресивністю і агресією не є жорстким, а сам акт агресії може не приймати свідомо небезпечні і асоціальні форми. Агресивність це результат невміння стримувати свої емоції, невміння прийнятними методами виразити своє невдоволення. Однак за певних умов, надмірний розвиток її починає визначати весь вигляд особистості, яка можливо стане конфліктною, нездатною на свідому кооперацію і т.д.

Таблиця 1

Середні значення ( $M \pm m$ ) тесту Басса-Даркі

Показник тесту	Засуджені підлітки			Соціально-адаптовані підлітки		
	14 р.	15 р.	16 р.	14 р.	15 р.	16 р.
	n=42	n=32	n=47	n=27	n=18	n=63
Фізична агресія	5,78 $\pm$ 0,35*	6,09 $\pm$ 0,24*	6,38 $\pm$ 0,28	6,85 $\pm$ 0,37	7,16 $\pm$ 0,39	6,37 $\pm$ 0,24
Вербальна агресія	7,18 $\pm$ 0,27	7,64 $\pm$ 0,25	7,27 $\pm$ 0,32*	7,40 $\pm$ 0,46	8,77 $\pm$ 0,45	8,17 $\pm$ 0,22
Опосередкована агресія	4,65 $\pm$ 0,27	4,14 $\pm$ 0,20	4,57 $\pm$ 0,26	4,29 $\pm$ 0,29	3,88 $\pm$ 0,41	4,15 $\pm$ 0,19
Негативізм	3,09 $\pm$ 0,22	2,66 $\pm$ 0,18**	2,87 $\pm$ 0,15	3,00 $\pm$ 0,22	3,88 $\pm$ 0,21	2,98 $\pm$ 0,14
Драгівливість	5,53 $\pm$ 0,30	4,90 $\pm$ 0,29	5,83 $\pm$ 0,22	5,81 $\pm$ 0,42	6,00 $\pm$ 0,39	5,65 $\pm$ 0,22
Підозрливість	6,09 $\pm$ 0,24	5,83 $\pm$ 0,24	5,51 $\pm$ 0,26	6,14 $\pm$ 0,30	5,88 $\pm$ 0,54	5,80 $\pm$ 0,20
Образа	4,93 $\pm$ 0,27	5,00 $\pm$ 0,28	4,93 $\pm$ 0,24*	4,81 $\pm$ 0,29	4,83 $\pm$ 0,50	4,20 $\pm$ 0,21
Почуття провини	5,87 $\pm$ 0,31	5,52 $\pm$ 0,27*	5,68 $\pm$ 0,30*	6,25 $\pm$ 0,40	6,50 $\pm$ 0,46	6,41 $\pm$ 0,20
Індекс ворожості	11,09 $\pm$ 0,45	10,83 $\pm$ 0,42	10,44 $\pm$ 0,41	10,92 $\pm$ 0,50	10,72 $\pm$ 0,87	10,00 $\pm$ 0,36
Індекс агресивності	17,62 $\pm$ 0,54	17,81 $\pm$ 0,52	18,23 $\pm$ 0,59	18,55 $\pm$ 0,97	19,83 $\pm$ 0,90	19,06 $\pm$ 0,46
Індекс агресивної мотивації	18,50 $\pm$ 0,60	18,64 $\pm$ 0,50**	19,70 $\pm$ 0,58	19,70 $\pm$ 0,99	21,94 $\pm$ 0,91	20,74 $\pm$ 0,51

**Примітка:** \* - достовірність різниці в порівнянні з групою соціально-адаптованих  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$

Прагнення підлітка до самостійності, до визнання його нової соціальної ролі, часом зустрічає протидію дорослих і однолітків, що нерідко приводить до появи психологічного бар'єру, переборюючи який, багато підлітків прибігають до агресивних форм поведінки. Прояв агресивності є свого роду захисною реакцією, тому що підлітки ще не мають достатнього соціального

досвіду і неадекватно реагують на ті або інші життєві ситуації [4].

Оцінюючи результати тесту Кондаша (таблиця 2), слід зазначити, що визначений рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльності особистості. У кожній людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так названа корисна три-

вожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Однак, підвищений рівень тривожності є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості.

Достовірні розходження між рівнями тривожності між ув'язненими та соціально-адаптованими підлітками практично відсутні ( $>0,05$ ). Тільки рівень самооцінної тривожності в засуджених підлітків 15 років достовірно вище ( $<0,05$ ).

Таблиця 2

**Середні значення (M+m) тесту Кондаша**

	Вік	n	Загальний рівень тривожності	Рівень шкільної тривожності	Рівень самооцінної тривожності	Рівень міжособистної тривожності
Ув'язнені підлітки	14	42	45,46±3,84	16,06±1,34	15,18±1,30	14,84±1,45
	15	32	47,07±2,36	15,18±0,83	16,76±1,06*	14,78±0,90
	16	47	43,48±2,31	14,10±0,95	14,40±0,86	14,97±0,97
Соціально-адаптовані підлітки	14	16	46,31±3,41	16,42±1,36	14,36±1,46	15,52±1,11
	15	19	39,31±5,82	13,12±1,77	11,81±1,68	14,37±2,78
	16	10	42,50±6,21	15,50±2,88	13,70±2,11	13,30±1,89

**Примітка:** \* - достовірність різниці в порівнянні з групою соціально-адаптованих  $p<0,05$

При аналізі результатів опитувальника Айзенка ми виявили більш високий рівень нейротизму серед засуджених підлітків (72,1%) у порівнянні із соціально-адаптованими підлітками (48%). Емоційна стабільність складала в цих групах 27,9% і 52% відповідно, що при відносно подібних рівнях показників агресивності і тривожності ймовірно сприяє у асоціальних підлітків прояву прямої агресії. І навпаки, регулярні заняття фізичною культурою і спортивно-масові заходи, які застосовувалися в училищі соціальної реабілітації приводили до зниження агресії.

Результати нашого дослідження підтверджують позитивний вплив спортивно-масової роботи, яка активно проводиться в училищі соціальної реабілітації на психологічний статус засуджених підлітків [1]. Це повинно враховуватися в роботі педагогічних колективів і правоохоронних органів з метою корекції і профілактики агресивного поведіння у делінквентних підлітків. Більш глибокий аналіз отриманого експериментального матеріалу, на нашу думку, дозволить розробити психокорекційну програму по зниженню негативних проявів агресивності в підлітковому середовищі.

Важливо зрозуміти, що агресивність – це не стільки сформована характерологічна особливість підлітків-правопорушників, скільки тимчасова, вікова характеристика, яка викликана

різними обставинами. Виховно-профілактична діяльність не може обмежуватися лише заходами індивідуального впливу і корекції, застосованими безпосередньо до неповнолітнього. Соціального оздоровлення і соціально-педагогічної корекції вимагає несприятливе середовище, що викликає соціальну дезадаптацію неповнолітнього. Ведуча роль у попередженні і корекції надмірної агресивності в дітей і підлітків належить родині, батькам, педагогам і, зрозуміло, психологам. Їхня роль особливо зростає, коли дитина виховується в неблагополучній родині, яка не здатна створити необхідні умови для нормального психологічного розвитку дитини.

В результаті дослідження нами встановлено, що рівень агресивності і тривожності у вибірці підлітків-правопорушників не більше, ніж у вибірці соціально-адаптованих підлітків. Про це свідчить відсутність істотних розходжень у рівнях агресивності між результатами контрольної та експериментальної груп. Таким чином, така риса характеру як агресивність не є обов'язковою властивістю підлітка-правопорушника.

Результати дослідження агресивності та тривожності у засуджених підлітків носять дещо парадоксальний характер, що вказує на необхідність подальшого поглибленого дослідження даної проблеми з уточненням мотивів кримінальної поведінки сучасних підлітків.

*А.В. Катилев*

## **АГРЕССИВНОСТЬ ПОДРОСТКОВ ПРИВЛЕЧЕННЫХ К УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

Винницкая областная детская клиническая больница

В статье рассмотрены особенности уровней агрессивности и тревожности подростков мальчиков привлеченных к уголовной ответственности. Проведены обследования подростков мальчиков, которые отбывают наказания в училище социальной реабилитации для несовершеннолетних и подростков из общеобразовательных школ. Основную группу составили 121 осужденный подросток 14-16 лет. Контрольная группа – 108 социально-адаптированных подростков соответствующего возраста. Проводили психологическое тестирование с помощью опросников Басса-Дарки, Кондаша и Шмишека. В результате исследования нами установлено, что уровень агрессивности и тревожности в выборке подростков-правонарушителей не больше, чем в выборке социально-адаптированных подростков. Оценивая результаты исследования, необходимо отметить, что такая черта характера, как агрессивность, не является обязательным свойством подростка-правонарушителя. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.81-84)

*A. V. Katilov*

## **AGGRESSIVENESS OF ADOLESCENTS WHO ARE CALLED FOR CRIMINAL ACCOURENT**

Vinnitsa Regional Children`s Clinical Hospital

This paper describes the peculiarities of aggressiveness and anxiety levels in 121 adolescents of 14 – 16 who are called for criminal account. Insignificant divergences in expressiveness of the main types of aggressiveness among convicted and lawfully obedient adolescents were noted. Evaluating the results of the study one may note that the level of aggressiveness is not necessary characteristic feature of adolescent-delinquent. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.81-84)

### *Література*

1. Краснобаева Т.М., Рогачова Л.М., Драчук С.П., Турлюк В.М. Вплив засобів фізичної культури на психосоматичний стан асоціальних підлітків // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 1999. – № 1. – С. 92-93.
2. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. – М.: Владос, 1996. – 529с.
3. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Республика, 1994. – 410 с.
4. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические расстройства и расстройства поведения – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
5. Miles D.R, Carey G. Genetic and environmental architecture of human aggression // J. Pers. Soc. Psychol. 1997. V. 72. N 1. P. 207-217.
6. Coccaro E.F. et. al. Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects // Biol. Psychiatry. 1997. V. 41. N 3. P. 273-284.

Поступила в редакцию 16.06.2004

УДК 616.89-008.19-057

*В.А. Абрамов, В.В. Курлов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, И.И. Кислицкая***ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННОМ С ИСПОЛНЕНИЕМ ТРУДОВЫХ (СЛУЖЕБНЫХ) ОБЯЗАННОСТЕЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Донецкий областной центр медико-социальной экспертизы

Ключевые слова: моральный вред, медико-социальная экспертиза

В последнее время значительно участилось число судебных обращений в медико-социальные экспертные инстанции по поводу определения морального вреда у лиц с повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей. В исковых заявлениях пострадавших, страдающих профессиональными заболеваниями или отнесенных к категории «трудоувечье», сформулированы переживания, которые можно рассматривать в контексте физических и моральных страданий, что побуждает суды в соответствии со статьей 57 Гражданско-процессуального кодекса Украины назначать проведение соответствующей экспертизы.

Для медико-социальной экспертной практики это новый вид деятельности, который требует теоретического осмысления, определенных методических подходов к установлению факта морального вреда и его тяжести и определения пределов компетенции членов МСЭК при решении вопросов, выходящих за рамки тех или иных сфер медицинской деятельности.

Моральный вред представляет собой физические и моральные страдания (переживания, дистресс), связанные с причинением вреда организму и личности повреждением здоровья, осознанием пациентом изменений его физического (соматического) и психического функционирования [1-3]. Переживание (страдание) рассматривается [4] как особый режим функционирования сознания в пределах пострадавших жизненных отношений или нематериальных благ (здоровье, трудоспособность). Во всех случаях моральный вред – это претерпевание (испытание, переживание) нравственных, психологических страданий, стеснения свободы и дискомфорта личности.

Нормативно-правовая база установления факта морального вреда при повреждениях здоровья, связанных с исполнением трудовых обязанностей, и порядка его возмещения

пострадавшему представлена в Украине следующими документами:

1. Законом Украины «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності».

2. Правилами відшкодування власником підприємства, установи і організації або уповноваженим ним органом шкоди, заподіяної працівникові ушкодженням здоров'я, пов'язаним з виконанням ним трудових обов'язків (Постанова Кабінету Міністрів України від 23 червня 1993 р. № 472).

3. Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 212 від 22.11.95 «Про затвердження Порядку встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків».

4. Законом Украины «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Установление факта причинения морального вреда согласно нормативных требований относится к компетенции МСЭК, а основанием для возмещения морального вреда может быть заключение врача-психиатра ЛПУ, ВКК или МСЭК о стрессе, депрессии или других негативных проявлениях состояния здоровья пострадавшего.

Гражданско-правовая ответственность и обязательство по возмещению причиненного морального вреда человеку, пострадавшему на производстве, наступает при следующих условиях.

1. Наличие морального вреда. Удостоверяется МСЭК (в соответствии с приказом Минздрава Украины № 212 от 12.11.95 г.) на основании соответствующих медицинских заключений о

причиненных больному физических и нравственных страданиях.

Моральный вред заключается в физической боли и страданиях, которые физическое лицо получило в связи с увечьем или другим повреждением здоровья (ст. 23 Гражданского Кодекса Украины).

В законе Украины «Об охране труда» под моральным вредом понимаются страдания, причиненные работнику вследствие физических или психических воздействий, которые ухудшили или лишили возможностей реализации им своих обычаев и желаний, ухудшили отношения с окружающими людьми, привели к негативным последствиям морального характера.

Понятие «моральный (неимущественный) вред» включает в себя все разновидности вреда, выходящие за рамки имущественных последствий. Помимо собственно морального вреда (моральных переживаний) он может проявляться нарушениями физического здоровья (физический вред), психического здоровья (психический вред), а также психологическими переживаниями, не выходящими за пределы нормы (психологический вред).

Определение содержания морального вреда как «физические и нравственные страдания» означает, что сложившаяся в результате несчастного случая ситуация, завершившаяся инвалидизацией пациента, обязательно должна найти отражение в сознании потерпевшего, вызвать определенную психическую (психологическую) реакцию в форме негативных ощущений (физические страдания) и негативных переживаний (нравственные страдания).

Моральный вред не возникает сам по себе и не идентифицируется с наличием конкретного соматического или психического заболевания. Он всегда вторичен и является последствием умаления неимущественных благ пострадавшего и в первую очередь следствием причинения вреда здоровью и психическому благополучию. Моральный вред представляет собой страдания

Моральный вред может заключаться в переживаниях ситуации несчастного случая, неблагоприятных его последствий для собственного здоровья, для жизни и здоровья других лиц. Чаще всего наблюдаются переживания (раздражительность, чувство унижения, стыда, ущербности, дискомфорта, стеснения свободы личности) в связи с утратой трудоспособности, нарушениями социальных связей и ролевых функций. При неблагоприятных условиях моральные переживания пострадавших могут явиться пред-

посылкой для формирования психопатологических расстройств в виде невротических, связанных со стрессом или депрессивных расстройств.

Содержание и глубина морального вреда (физических и моральных страданий) определяются доминирующей сферой нематериальных жизненных благ, которым причинен вред. У лиц, пострадавших на производстве, это прежде всего сфера здоровья, трудоспособности и возможности продолжения активной общественной жизни. При этом моральный вред не должен идентифицироваться с вредом психическому здоровью. Различные его компоненты могут иметь различную глубину, определение которой важно для объективного определения размера компенсации за причинение нравственного ущерба.

Следует иметь в виду, что не у всех пациентов с повреждением здоровья, полученным при исполнении трудовых обязанностей, может определяться моральный вред. Моральные переживания (эмоциональный дистресс) могут не возникать у пострадавших с гармонично сбалансированными особенностями личности и рациональной психологической переработкой ситуации и последствий несчастного случая.

В то же время у больных с дезадаптивными формами психологической компенсации и низким уровнем стрессоустойчивости вероятность таких переживаний возрастает. В первую очередь это относится к пострадавшим, склонным преувеличивать физические симптомы по психологическим причинам (F68.0). В некоторых случаях представляется очевидной связь мотивации переживаний пострадавших с возможностью получения финансовой компенсации.

К основным признакам морального вреда вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний относятся:

\* Физические страдания (боль, тошнота, зуд, сердцебиения, головокружения и другие неприятные ощущения), препятствующие благополучному биологическому функционированию человека.

\* Наличие совокупности неблагоприятных психологических феноменов, охватываемых понятиями «переживания» и «страдания» в связи с повреждением здоровья и существенными вынужденными изменениями жизненных и производственных отношений. Эти феномены проявляются негативными эмоциями в виде беспокойства, страха, тревоги, нарушений душевного равновесия, а также переживаниями беспомощности, снижения самодостаточности, ущербности, психологического дискомфорта, отчаяния, зависимости от других лиц, означающих утрату психического благополучия.

\* Нарушение социального функционирования (социального самочувствия) в виде нарушений нормальных жизненных связей, отношений с окружающими людьми, сложившегося стереотипа жизнедеятельности, ограничения или невозможность продолжения активной личной и общественной жизни, требующие времени и дополнительных усилий, необходимых для восстановления прежнего состояния и организации своей жизни. Изменение социального отражения пациента с точки зрения общественного мнения и стигматизации его в статусе инвалида.

Глубина структурных компонентов морального вреда оценивается следующим образом: признак отсутствует – 0 баллов; минимальная степень – 1 балл; умеренно выраженная – 2 балла; выраженная – 3 балла; очень выраженная – 4 балла. Суммарный показатель (рейтинг выраженности) морального вреда (МВ) соответствует:

- до 4-х баллов – минимальная степень МВ;
- 5-10 баллов – умеренно выраженная степень МВ;
- 11-15 баллов – выраженная степень МВ;
- 16-20 баллов – максимальная степень МВ.

При определении суммарной величины морального вреда необходимо также учитывать длительность физических и моральных страданий, степень нарушения жизненных и профессиональных планов и перспектив пострадавшего, возможность и сроки восстановления его психологического равновесия. Принимается во внимание и характер, и тяжесть повреждения здоровья.

2. Наличие юридически значимых обстоятельств, которые рассматриваются как причина несчастного случая или профессионального заболевания: нарушения технологии производственного процесса, техногенные аварии, нарушения техники безопасности и т.д.

3. Наличие причинно-следственной связи между несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием) и моральным вредом. Причина инвалидности и трудового увечья устанавливается с учетом мнения Фонда социального страхования от несчастных случаев и при наличии:

- акта о несчастном случае (форма Н-1);
- заключения специализированного лечебного учреждения профпатологического профиля о связи заболевания с исполнением трудовых обязанностей;
- заключение лечебного учреждения о проведенных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятиях в связи с несчастным случаем или профессиональным заболеванием.

Причинно-следственная связь между моральным вредом и трудовым увечьем (профессиональным заболеванием) определяется при установленном факте травувечья или профзаболевания и при отсутствии других причин для возникновения морального вреда.

4. Доказательство вины юридического лица (предприятия, учреждения). Условием ответственности является виновное причинение морального вреда.

Доказательством вины юридического лица является:

- акт о несчастном случае на производстве или акт о профессиональном заболевании;
- заключение должностных лиц (органов), которые осуществляют контроль и наблюдение за охраной труда и соблюдением законодательства о труде, или профсоюзного органа в отношении причины повреждения здоровья;
- медицинское заключение о трудовом увечье или профессиональном заболевании;
- решение суда, постановление прокурора, заключение органов дознания или предварительного следствия;
- решение о привлечении виновных лиц к административной или дисциплинарной ответственности;
- решение органов социального страхования о возмещении затрат на помощь пострадавшему в случае временной нетрудоспособности в связи с повреждением здоровья;
- показания свидетелей и иные доказательства.

Если несчастный случай на производстве (травма, отравление) произошел по вине пострадавшего, предприятие (Фонд социального страхования от несчастных случаев) освобождается от ответственности по возмещению морального вреда.

Возмещение вреда, причиненного работнику повреждением здоровья, складывается из:

- выплаты утраченного заработка в зависимости от степени утраты профессиональной трудоспособности;
- выплаты в установленных случаях одноразовой помощи пострадавшему;
- компенсации затрат на медицинскую и социальную помощь;
- возмещения морального вреда при наличии факта морального вреда.

Моральный (неимущественный) вред, причиненный условиями производства, который не привел к утрате пострадавшим профессиональной трудоспособности, возмещается Фондом

социального страхования от несчастных случаев по заявлению потерпевшего с изложением характера причиненного морального вреда и представлением соответствующего заключения медицинских организаций. Возмещение осуществляется в виде одноразовой страховой выплаты независимо от иных видов страховых выплат. Сумма страховой выплаты за моральный вред определяется в судебном порядке. При этом сумма страховой выплаты не может превышать двухсот размеров минимальной заработной платы, установленной на день выплаты, независимо от каких-либо иных страховых выплат.

Выводы.

1. Нуждается в пересмотре приказ Минздрава Украины № 212 от 22.11.95г. в части создания при областных центрах медико-социальной экспертизы специальных комиссий по определению морального вреда у лиц с повреждением здоровья, связанном с исполнением трудовых обязанностей,

с обязательным включением в их состав психолога (врача медицинского психолога), врача психиатра и конкретизацией помимо «стресса и депрессии» – «других негативных проявлений состояния здоровья пострадавшего» и моральных (нравственных) переживаний, которые могут явиться основанием для установления морального вреда.

2. Необходимо создание технологических стандартов, регламентирующих с учетом законодательных требований определение морального вреда и его тяжести в случаях с повреждением здоровья, связанных с исполнением трудовых обязанностей.

3. Правомочность определения факта морального вреда медико-социальными экспертными комиссиями должна быть приведена в соответствие с Гражданско-процессуальным кодексом Украины согласно которому эта сфера деятельности (включая определение размеров возмещения морального вреда) является прерогативой суда.

*В.А. Абрамов, В.В. Курлов, О.В. Абрамов, І.В. Жигуліна, І.І. Кисліцька*

## **ПРО ВИЗНАЧЕННЯ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ЗДОРОВ'Я, ПОВ'ЯЗАНОМУ З ВИКОНАННЯМ ТРУДОВИХ (СЛУЖБОВИХ) ОБОВ'ЯЗКІВ**

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Донецький обласний центр медико-соціальної експертизи

У даній статті аналізується значне збільшення числа судових звертань у медико-соціальні експертні інстанції з приводу визначення моральної шкоди в осіб з ушкодженням здоров'я, зв'язаним з виконанням ними трудових обов'язків. Автори формулюють визначення сумарної величини моральної шкоди. Зроблено висновки про необхідність створення технологічних стандартів, що регламентують визначення моральної шкоди і його ваги у випадках з ушкодженням здоров'я, зв'язаним з виконанням трудових обов'язків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.85-88)

*V.A. Abramov, V.V. Kurlov, A.V. Abramov, I.V. Dzigulina, I.I. Kislickaya*

## **ABOUT DEFINITION OF AN INTELLECTUAL HARM AT DAMAGE OF HEALTH, BOUND WITH FULFILMENT OF THE LABOR (SERVICE) RESPONSIBILITIES**

Donetsk state medical university by him. M.Gorkogo, Donetsk regional center of medical-social expertise

In the given article the useful increase of number of the judicial appeals in medical-social expert authorities concerning definition of an intellectual harm for faces with damage of health, bound with fulfilment by them of the labor responsibilities is analyzed. The writers state definition of general value of an intellectual harm. The conclusions about necessity of creation of the technological standards regulating definition of an intellectual harm and his gravity in cases with damage of health, bound with fulfilment of the labor responsibilities are made. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.85-88)

### *Литература*

1. Палиук В.П. Возмещение морального (неимущественного) вреда. Монография. – К.: Право, 2000.
2. Первомайский В.Б. Судебная экспертиза по делам о причинении морального вреда. Архів психіатрії, 2002, 1(28). – С.50-57.

3. Абрамов В.А., Осокина О.И. Конфликты и возмещение морального вреда в медицинской практике. Донецк, «Каштан», 2003. – 139 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. Изд.-во МГУ, 1984. – 199 с.

Поступила в редакцию 28.05.2004



УДК: 89-008.441.13:159.922:615.214

*Н.Н. Лесная***ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ КОМПЛАЙЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: алкогольная зависимость, комплаенс

Отсутствие готовности лечиться или ее низкий уровень у больных с алкогольной зависимостью создают трудности, которые приходится преодолевать многим специалистам. С одной стороны, эта проблема влечет за собой существенные финансовые затраты, а с другой – способна поставить под угрозу весь ход проводимой терапии и неблагоприятно отразиться на основных показателях качества жизни пациентов.

Концепция «качества жизни» соответствует принятому в последнее время в наркологии биопсихосоциальному подходу [1] и предполагает разработку стратегий, нацеленных на формирование отношений сотрудничества с пациентом и повышение качества соблюдения лечебных рекомендаций среди больных зависимых от ПАВ.

Готовность лечиться определяется как оптимальное соблюдение лечебного режима. Это определение охватывает получение больным различных видов помощи, регулярное посещение клиники, соблюдение лечебных рекомендаций специалистов, при этом, основное внимание уделяется вопросам строгого соблюдения схемы приема лекарственных препаратов. Наиболее полная модель поведения, отражающего готовность лечиться, соотносится с понятием «комплаенс» [2 - 4].

Комплаенс формируется внутри терапевтического альянса как саморегулирующейся системы и является результатом согласованности взглядов пациента и врача на проявления заболевания, методы лечения и оценки действий.

Традиционно врачи недостаточно полно информируют больных об их заболевании и возможных путях выздоровления, в том числе о лекарственной терапии, по-видимому из-за опасений, что информирование больных принесет больше вреда, чем пользы. Однако, такое представление само по себе является предположительным и свидетельствует о том, что врачи име-

ют неадекватные знания о взглядах своих пациентов. Действительно, если больные чувствуют, что их услышали, и до принятия совместного решения «полностью» обсудили возникшие у них сомнения и опасения, они чаще откровенно рассказывают о своих тревожных переживаниях и возражениях, связанных с назначенной терапией, а не пассивно уклоняются от нее [5].

Больные с алкогольной зависимостью составляют, безусловно, особую труднокурабельную группу пациентов из-за низкой мотивации к лечению и малой комплаентности. Часто встречающиеся варианты non-compliance, такие как активное сопротивление больного лечебным мероприятиям (т.н. «борьба за права пьющих») или пассивное согласие с ними («обреченность на жертвы»), дистанцируют позицию пациента в лечебном процессе и являются барьером на пути сотрудничества. Поэтому, диагностика уровня комплаенса у больных с алкогольной зависимостью, а также его своевременная коррекция на начальном этапе терапевтического процесса, может значительно повысить качество соблюдения лечебных рекомендаций в дальнейшем и, в целом, способствовать результативности терапии.

Целью данного исследования явилось изучение личностных факторов, детерминирующих готовность больного с алкогольной зависимостью соблюдать терапевтический режим и сотрудничать с врачом.

В задачи исследования входило: 1) выделение основных личностных факторов, снижающих комплаентность больных с алкогольной зависимостью; 2) создание диагностической методики, измеряющей уровень и динамику комплаентности в процессе терапии.

Для решения поставленных задач с помощью специально разработанной анкеты были обследованы 30 больных с алкогольной зависимостью, получавших лечение в наркологическом стационаре. На основе полученных ре-

зультатов были выделены и проанализированы следующие факторы, связанные с личностью больного:

#### Снижение критичности.

Критичность определялась как умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями. У больных снижение критичности проявлялось в виде анозогнозического дефекта, отсутствия осознания болезни и необходимости лечения, а также изменяло самооценку и уровень достижений, выдвигая на передний план личности защитные механизмы – резонерство и вытеснение.

#### Нарушение когнитивных функций и сопутствующая патология.

При прогрессивном течении алкогольной зависимости диагностировались ослабление памяти, снижение активного внимания, склонность к конкретно-ситуационному суждению, повышенная утомляемость, что в свою очередь снижало общую активность личности, ее способность к целеполаганию и достижению результата. Больным трудно было следовать врачебным рекомендациям также из-за недостаточной волевой функции и малого самоконтроля.

#### Боязнь побочных эффектов лекарственных препаратов.

Недостаток знаний о заболевании, методах лечения и принимаемых лекарственных препаратах способствовал возникновению страха нежелательных эффектов, особенно у тревожных пациентов. Некоторые больные воздерживались от приема лекарственных препаратов, когда в самом начале побочные эффекты проявлялись в виде тягостных и неприятных ощущений, а лечебное действие проявлялось лишь через несколько дней после начала их приема.

#### Стигматизация.

Как бы стигматизация ни определялась, приводила к негативным переживаниям и прежде всего, вызывало чувство стыда, вины, скрытность и уединение. Переживание изменения своего статуса, снижения авторитета среди значимых других, а также перспектива признания необходимых ограничений, в частности, невозможности принимать спиртные напитки «как другие», пугали больного, заставляя его утаивать проявления болезни и избегать лечения. Стигматизация еще больше нарушала способность пациентов признавать медикаментозную терапию как средство устранения страдания, если причиной своих страданий они считали социально-экономические и межличностные проблемы.

#### Фаталистические установки.

Негативный опыт предшествующего лечения, возникающие рецидивы, усугубление отчуждения в отношениях с близкими закрепляли фаталистические установки, комплекс аутсайдера, отверженного и деструктивные тенденции в поведении. Неуверенность в благополучном исходе терапии также поддерживалась нереалистическими ожиданиями семьи или игнорированием преимуществ лечения.

#### Вторичная выгода от алкогольного поведения.

Собственный диагноз мог вполне устраивать больного с алкогольной зависимостью как оправдание своего паразитизма и ухода от ответственности, а также служить способом привлечения к своей персоне дополнительного внимания со стороны окружающих. Больной мог уклоняться от некоторых видов предлагаемой помощи, чтобы продлить время пребывания в клинике, испытывая чувство привязанности к медицинскому персоналу.

#### Особенности характера.

Выделена группа пациентов, трудно вовлекаемых в процессе лечения в силу своих личностных особенностей, например, нелегко поддерживать темп беседы, если больной необщителен, в таких случаях со стороны терапевта требуется большая отдача. Настороженные, подозрительные, скрытные или аутичные пациенты, недовольные и ворчливые часто скрывали за своим поведением собственные страхи и чувство опасности. Они требовали чуткого, неосуждающего и эмпатического подхода при обсуждении всех рекомендованных мер.

#### Прекращение лечения вследствие хорошего самочувствия.

Больные могли, почувствовав себя хорошо, прекратить принимать лекарственные препараты или психотерапию, не окончив предполагаемый курс, что как правило приводило к возникновению рецидива и повторной госпитализации.

На основании выделенных психологических факторов, был разработан комплайенс-тест, измеряющий степень приверженности пациента проводимой терапии или его комплайентность. Комплайенс-тест основан на принципе семантического дифференциала и состоит из 30 биполярных утверждений, отражающих когнитивный (убеждения, установки), эмоциональный (переживания, чувствования) и поведенческий (действия, поступки) аспекты отношения больного к лечебной среде.

С помощью данного теста были обследо-

ны 10 больных с алкогольной зависимостью, получавшие противоалкогольное лечение и психотерапию амбулаторно. Больные обследовались трижды – на начальном, срединном и конечном этапе лечения.

Полученные предварительные результаты обследования свидетельствуют о том что, разработанный комплайенс-тест отражает уровень и динамику комплайентности больных с алкогольной зависимостью, а также способствует выявлению психотерапевтических мишеней на

разных этапах лечебно-реабилитационной работы. Кроме того, данные тестирования могут способствовать прогнозированию результативности лечения и служить в рамках биопсихосоциального подхода стимулированию сотрудничества пациента с врачом.

В целях повышения качества выполнения лечебных рекомендаций среди больных с алкогольной зависимостью, исследования структуры комплайенса и детерминирующих его факторов будут продолжены.

*Н.М. Лісна*

## **ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ КОМПЛАЙЕНТНОСТІ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В статті виділені та проаналізовані особистісні чинники, що детермінують комплайентність хворих з алкогольною залежністю та представлена діагностична методика, яка фіксує рівень та динаміку комплайенса в процесі терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.89-91)

*N.N. Lesnau*

## **PERSON'S FACTORES OF COMPLIANT PATIENTS WICHE ALCOHOL DEPENDES**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

In article showed and analyzes person's factors of complianct the patients whiche alcohol dependence and presents diagnostic metodic for study the level and dinamic of compliance in proses of therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.89-91)

### *Литература*

1. Карен Ван Дер Берг, В.Бувальда. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров. Изд-во Инеракт, Минск, 1997, 121с.
2. Anjum Saig. Повышение качества соблюдения лечебных рекомендаций среди больных хроническими психозами. Ж-л "Обзор современной психиатрии" вып.4, 1999г.
3. Roisin Kemp. "Комплайенс-терапия". Ж-л "Обзор

современной психиатрии" вып.5, 2000г.

4. М.М.Кабанов "Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса" Ж-л "Социальная и клиническая психиатрия" т.8, вып.2 Москва, 1998г.

5. Warner, L.Psychiatrists' and patients' views on drug information sources and medication compliance. Hospital and Community Psychiatry, 45 1235-1237.

Поступила в редакцию 12.05.2004

УДК 613.86+615.851

*В.Г. Лаптев, О.Ю. Блинов***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛОПИКСОЛ В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Херсонский областной наркологический диспансер

Ключевые слова: клопиксол, опиоиды, зависимость, абстинентный, психопатоподобный.

В настоящее время употребление наркотиков опиоидной группы, является одним из наиболее распространённых видов наркотизма в Херсонской области. Развивающаяся зависимость отличается особой злокачественностью и прогрессирующей течением. Ранняя наркотизация, выраженный синдром отмены, короткие и неустойчивые ремиссии, значительные изменения в личностном и социальном статусе больных делают лечение опиоидной зависимости сложной и трудноразрешимой задачей. Рост заболеваемости данным видом патологии, злокачественность течения, увеличение числа лиц длительно употребляющих опиоидные наркотики, требуют поиска новых, мощных и эффективных психофармакологических препаратов.

Терапия абстинентных проявлений, как начальный этап лечения зависимости, нередко обнаруживает ряд сложностей, особенно у лиц длительно употребляющих наркотик с достаточно выраженными изменениями в личностной сфере. Существует ряд подходов достаточно эффективно купирующих соматовегетативные расстройства, сопровождающие абстинентный синдром. В то же время стержневой симптом абстиненции - патологическое влечение к наркотику, достигающий наибольшей интенсивности в этот период и сопровождающийся напряжённостью, тревогой, а иногда и паникой, депрессивно-дисфоричным фоном настроения со вспышками беспричинной агрессии, истероформными реакциями, бессонницей [1], трудно поддаётся терапии. Коррекция этих расстройств нейрорепрессивными препаратами, обычно применяемыми в отечественной наркологии, (аминазин, тизерцин, галоперидол, сонапакс и др.) нередко не даёт желаемого эффекта или ограничивает их применение выраженностью побочных эффектов [2]. С этой целью, в качестве основного препарата, нами был применён клопиксол (зуклопентиксол) в ретардированной форме - клопиксол-акуфаз (зуклопентиксола ацетат),

производитель фирма «Lundbek» Дания. Клопиксол (зуклопентиксол) – производное тиоксантена. Антагонист дофаминергических рецепторов кортико-лимбической системы мозга. Мощный антипсихотик с высокой степенью сродства к дофаминовым D2 рецепторам. Зуклопентиксол выявляет относительно высокую степень аффинитета и к D1 дофаминовым рецепторам что, вероятно, обуславливает малую выраженность экстрапирамидных нарушений, а также сродство к серотониновым 5-HT<sub>2</sub> рецепторам и β-адренорецепторам [3]. Клопиксол сочетает в себе выраженное антипсихотическое действие с переходящим, дозозависимым седативным и специфическим затормаживающим, при практическом отсутствии гипнотического эффекта, ослабляет аффективную напряжённость, редуцирует психомоторное возбуждение. Эффективен в отношении агрессивного, психопатоподобного поведения [4]. Применяется для лечения острых психотических расстройств с галлюцинациями, бредом при шизофрении, маниакальных состояниях, для купирования психомоторного возбуждения, ажитации, нарушений поведения при умственной недостаточности, сенильном слабоумии. Клопиксол-акуфаз (5% масляный раствор зуклопентиксола ацетата) после внутримышечного введения подвергается гидролизу, с постепенным высвобождением активной молекулы зуклопентиксола. Концентрация зуклопентиксола в плазме нарастает достаточно быстро, ее максимум приходится на период 24 – 48 часов (в среднем 36 часов) после инъекции с последующим постепенным снижением к 3 – 4 дню [3]. Подвергаясь биотрансформации в печени, зуклопентиксол образует неактивные метаболиты и выводится, в основном, через кишечник. Препарат может проникать через плацентарный барьер, выделяться с грудным молоком.

Цель исследования: определить эффективность препарата клопиксол-акуфаз (зуклопен-

тиксолол ацетат) в купировании психопатологической симптоматики синдрома отмены опиоидов.

Задачи наблюдения:

1. Отбор пациентов соответствующих критериям диагноза МКБ-10 ( F-11.30.): психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов; состояние отмены, неосложнённое.
2. Апробировать препарат в рекомендуемых

### Материал и методы исследования

Клопиксол, в терапии синдрома отмены опиоидов, был применён у 25 больных опиоидной зависимостью, диагностированной согласно критериев МКБ-10. У всех больных сформирована зависимость вследствие употребления ацетилованного опия, кустарного производства, все

дозировках и схемах у данной категории больных.

3. Оценить влияние препарата на патологическое влечение к наркотику, аффективную и психопатоподобную симптоматику в рамках синдрома отмены опиоидов.
4. Провести психологическое обследование пациентов.
5. Определить частоту и степень выраженности побочных эффектов препарата.

### Результаты исследования и их обсуждение

Лечение являлось комплексным, где основным препаратом был Клопиксол-акуфаз в дозе 50мг./м, применявшийся однократно в первые сутки отмены наркотика, обычно через 10-14ч. от последней инъекции. Одновременно, в зависимости от тяжести абстинентных проявлений, в комплекс были включены: финлепсин 600-800мг./сут., сибазон 20-40мг./сут., при нарушениях сна тизерцин 25-75мг., соннапакс 10-25мг. На фоне психотропной терапии больные получали витаминные, гепатопротекторные, ноотропные препараты, симптоматическое лечение.

В ходе клинического наблюдения было отмечено следующее:

1. Эффект клопиксола развивался в течении первых 2-3 часов после инъекции, в виде своеобразного седативного, затормаживающего эффекта, который по мере нарастания, у 50% пациентов, реализовывался в продолжительный, спокойный сон. У 42 % диссомнии легко корректировались невысокими дозами тизерцина, соннапакса или сибазона, при достаточно выраженном седативном эффекте в течении дня, у 8% больных бессонница купировалась тяжело, более высокими дозами выше упомянутых препаратов, ночной сон с пробуждениями.

2. В течении последующих 2-3 суток, у подавляющей части пациентов, сохранялся довольно стойкий анксиолитический, седативный эффект без заторможенности и апатии. Больные были более спокойны и упорядочены в поведении, выполнении режима отделения, доступны психотерапевтическим воздействиям. относительно пациентов, которым применялись иные методы те-

больные вводили наркотик внутривенно. Возраст пациентов от 19 до 33 лет, средний возраст 25 лет. Из них 42 % пациентов ранее неоднократно проходили лечение по поводу опийной зависимости, включая экстракорпоральные методы детоксикации, 4 чел. ВИЧ-инфицированы.

рапии. Настроение характеризовалось хотя и несколько сниженным фоном, но ровным в течении дня, без характерных аффективных вспышек, психопатоподобных реакций. Лишь у 10 % пациентов сохранялся дисфоричный фон настроения с неудовлетворённостью лечением и условиями пребывания, требованиями выписки или назначения других методов терапии. Подобные расстройства удавалось купировать, включая в комплекс финлепсин в высоких дозировках, сибазон.

3. С целью получения дополнительной информации об изменении психологического статуса испытуемых проводилось психодиагностическое обследование. Использовались следующие психодиагностические методики: ММРІ, шкала измерения тревожности Спилбергера-Ханина, САН (самочувствие, активность, настроение). Обследование проводилось по принципу «до-после» с целью отслеживания динамики изменений психологических характеристик личности испытуемых. При тестировании «до» испытуемые характеризовались: высоким уровнем напряженности, ситуативной и личностной тревоги (46 и выше условных единиц); пониженным фоном настроения, сниженным уровнем самочувствия и активности. Личностный профиль ММРІ носил «пикообразный» характер и располагался на уровне от 60 до 90Т. На профиле выражены характерные пики на 2-й, 4-й, 9-й шкалах (соответственно: депрессии, психопатии, гипомании). При тестировании «после» проявились следующие характерные черты: уровень ситуативной тревоги находился в пределах нормы (от 30 до 45 условных единиц); уровень лич-

ностной тревоги остался без видимых изменений; личностный профиль ММРІ приблизился к «линейному» (30-70Т) при сохранении незначительного повышения по шкалам 4-й и 9-й (психопатии и гипомании); по методике САН уровни самочувствия, настроения приблизились к статистически условной норме, по шкале активности – незначительно ниже нормы. Значимость различий по измеряемым шкалам определялась при помощи непараметрической статистики, в частности, использовался метод Манна-Уитни. Все полученные различия при замерах «до-после» значимы на 0,05% уровне значимости.

4. Побочные эффекты клопиксола проявились у 25 % пациентов, появляясь как правило на 2-е, реже на 3-и сутки терапии, в виде экстрапирамидной симптоматики: лёгкий тремор пальцев рук, небольшая ригидность мышц шеи, лица, гиперсаливация (у 4-х больных); выраженное напряжение мышц языка, глотательной и жевательной мускулатуры, непреодолимое стремление высунуть язык, окулогирные кризы (у 2-х больных). Экстрапирамидная симптоматика достаточно быстро купировалась применением корректоров (паркопан), повторно не возникала.

5. Эффект клопиксола плавно снижался в большинстве случаев на 4-е сутки, тогда как и

абстинентная симптоматика начинала редуцироваться, спадала интенсивность. Дальнейшее ведение больных предполагало применение финлепсина, тизерцина, сибазона, сонапакса в выше указанных дозировках, по показаниям, включение больных в психотерапевтическую работу.

Выводы:

Данный опыт обнаруживает достаточно широкие возможности клопиксола в комплексной терапии синдрома отмены опиоидов, где особенно ценным оказывается способность препарата эффективно влиять на патологическое влечение к наркотику, аффективную и психопатоподобную симптоматику, купировать возбуждение и агрессивное поведение. Наличие в спектре эффектов клопиксола своеобразного седативнозатормаживающего влияния, без явлений нейролептической загруженности, характерной для подобных препаратов, относительно небольшая частота и тяжесть побочных проявлений, наличие удобной лекарственной формы «клопиксол-акуфаз», делает его применение предпочтительным, особенно, если речь идёт о лечении пациентов длительно употребляющих наркотик, с короткими ремиссиями и частыми рецидивами заболевания, сформированными нарушениями личностного и социального функционирования.

*В.Г. Липтёв, О.Ю. Блінов*

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КЛОПІКСОЛ У ЛІКУВАННІ ОПІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Херсонський обласний наркологічний диспансер

Метою даного спостереження було з'ясувати ефективність застосування Клопиксолу (зуклопентиксола) у комплексній терапії найгострішого періоду синдрому відміни опіоїдів. Проаналізовано застосування даного препарату у 25 пацієнтів страждаючих опійною залежністю, серед яких переважали хворі з тривалим стажем захворювання і високою толерантністю до наркотику. В ході спостереження виявлена досить висока ефективність Клопиксолу в купуванні патологічного потягу до наркотику, афективної та психопатоподібної симптоматики, що в сполученні із зручною формою Клопиксол-акуфаз, робить доцільним його застосування, особливо у даній категорії пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.92-94)

*V.G. Laptev, O.Yu. Blinov*

## THE EXPERIENCE OF THE USE OF CLOPIXOL IN THERAPY OF ABOLITION'S SYNDROME IN OPIUM ADDICTION

Kherson Regional Narcological Dispansary

The aim of the article was to find out the effectiveness of the use of Clopixol (zuclopentixol) in the complex therapy of the sharpest period of the syndrom of abolition of opioids. The use of Clopixol was analized at 25 patients with opium dependence, among which the patients with the large length of the illness (term) and high tolerance towards the drug prevailed. During the observation it was found out, that the effectiveness of Clopixol in preventing of pathological inclination for the drug, affective and psychophatic-like symtomacy is very high, what together with the convenient form Clorixol-akufaz, makes its usage expedient, esspecially with the given cathegory of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.92-94)

### Литература

1. Руководство по наркологии // под ред. Иванец Н.Н. – М.: Медпрактика, 2002. – т1. – С.5, 284-285.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – С. 270-271.

3. Жаркова Н.Б., Копейко Г.И., Мухин А.А. Психиатрия и психофармакотерапия. – 1999, 1. – С.19-23.
4. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. – М.: Медицина, 2000. – С.24-44.

Поступила в редакцию 19.05.2004

УДК 616.89-008.441.13-036

*Л.М. Маркозова*

## ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ДИНАМИКЕ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: качество жизни, лица с алкогольной зависимостью, жены

Концепция качества жизни и социального функционирования (как социальное и философское понятие) пришло в соматическую медицину с 70-х г.г. XX ст., в психиатрию - с 90-х. После IV съезда исследователей качества жизни (1997г.) эта концепция стала четко очерченной медицинской проблемой. Большую исследовательскую работу по выработке основополагающих критериев качества жизни проделала Всемирная Организация Здравоохранения, по определению которой качество жизни (КЖ) – это «восприятие индивиду-

ального положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [1]. С нашей точки зрения, принципиальным вопросом при исследовании КЖ лиц с алкогольной зависимостью (АЗ) является выбор показателей качества жизни (ПКЖ) в зависимости от этапа заболевания. В связи с этим целью работы явилось изучение качества жизни лиц с АЗ в опьянении, в состоянии отмены алкоголя и на этапе становления ремиссии.

### Материал и методы исследования

Анамнестический; клинико-психопатологический (выраженность симптоматики оценивалась в балльной системе: 0 – отсутствие симптома, 4 – максимальная выраженность), депрессивная симптоматика определялась по шкалам Hamilton, DEPS до и после лечения; КЖ изучалось по опроснику «Показатель качества жизни» (Mezzich et al., 1999) в опьянении, в состоянии отмены алкоголя, на этапе становления ремиссии; аналитический; статистический.

Было исследовано КЖ 30 лиц с АЗ со слов

больных, их жен, а также КЖ жен больных. Первичное знакомство со вкусом алкоголя происходило в среднем в 15,5 лет; количественный контроль утрачен в среднем в 26 лет, суточная доза составляла от 0,5 до 2-х литров водки, самогона; формирование синдрома отмены алкоголя (СОА) длилось у 2/3 больных до 3-х лет, у 1/3 – до 6-ти лет; при этом у 13% больных имела место постоянная форма пьянства, у 74 % - запойная, у 13% - перемежающаяся. Впервые лечились 44% больных.

### Результаты исследования и их обсуждение

Средний балл выраженности клинико-психопатологических проявлений СОА до лечения составил в среднем 55,0 баллов, через 7 дней от начала лечения – 6,0, через 10 дней – 2,2 балла. По шкалам Hamilton (17-38 баллов) и DEPS (12-27 баллов) у всех больных определялась клинически выраженная депрессия, исчезнувшая у половины к 7-м суткам и практически у всех больных к 10-м.

У 90% больных в анамнезе отмечалось наличие черепно-мозговой травмы, повышенной судорожной готовности, перенесенного вирусного гепатита, менингита, патологии в родах.

У половины больных жены не употребляли алкоголь, у остальных – употребляли в незначительном количестве по праздникам.

Установлено, что в состоянии опьянения больных тревожит отсутствие либо недостаточно выраженная (по их мнению) по отношению к ним социо-эмоциональная, общественная и служебная поддержка, невозможность выхода за пределы обыденной жизни, отсутствие веры во что бы то ни было, невозможность устанавливать и поддерживать хорошие отношения с окружающими; при этом общее восприятие КЖ больными составило в среднем 4,0 балла (Рис. 1). В тоже время жены больных отмечают значительное снижение психо-эмоционального и физического благополучия, возможности выполнения повседневных жизненных задач, а затем уже низкую социо-эмоциональную поддержку

и духовную реализацию (ДР), общее восприятие КЖ, по мнению жены, соответствует 1,0 баллу (Рис. 1). Таким образом, для больных в опьянении наиболее важным является наличие социо-эмоциональной поддержки и духовной реализации.

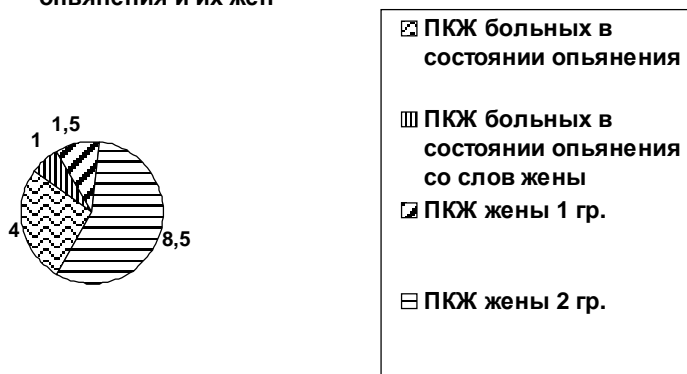
Изучая ПКЖ жен больных, выявлено, что в первую очередь у них снижается психо-эмоциональное и физическое благополучие, трудоспособность, выполнение повседневных жизненных задач (со слов жен, «все из рук валится, руки опускаются», и т.д.), их тревожит нарушение межличностных взаимодействий, снижение социо-эмоциональной и служебной поддержки («это не то горе, которым можно поделиться с кем-либо») и как ре-

зультат – снижение как духовной, так и самореализации. При этом ПКЖ жен больных АЗ были:

а) значительно снижены у жен, мужья которых в опьянении придиричивы, неуравновешены, агрессивны, раздражительны, беспокойны, навязчивы, дисфоричны. Общее восприятие КЖ жен (1-я группа, рис. 1) соответствовало в среднем 1,5 баллов;

б) умеренно или незначительно снижены у жен, мужья которых в опьянении благодушны, добры, находятся в хорошем расположении духа, спокойно без скандалов отходят ко сну. Общее восприятие КЖ жен (2-я группа, рис.1) составляло в среднем 8,5 баллов.

**Показатели качества жизни больных в состоянии опьянения и их жен**

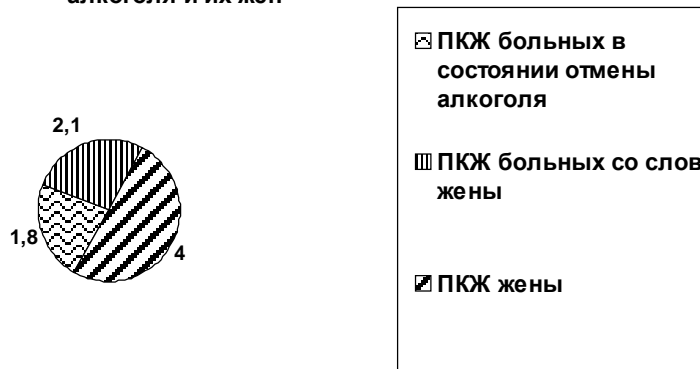


**Рис. 1**

В состоянии отмены алкоголя наиболее чаще больные отмечают значительное снижение психо-эмоционального и физического благополучия, трудоспособности, возможности выполнения повседневных жизненных задач, самореализации и ДР, минимальное наличие социо-эмоциональной,

общественной и служебной поддержки, нарушение межличностных взаимодействий на фоне низких показателей по всем пунктам опросника. При этом у 1/3 больных общее восприятие КЖ соответствовало 1 баллу (1-я гр., рис.2), у остальных – в среднем 1,8 балла (2-я гр., рис. 2).

**Показатели качества жизни больных в состоянии отмены алкоголя и их жен**



**Рис. 2**

Жены же больных в подавляющем большинстве отмечали невозможность выполнения боль-

ными повседневных жизненных задач, значительное снижение трудоспособности до полной

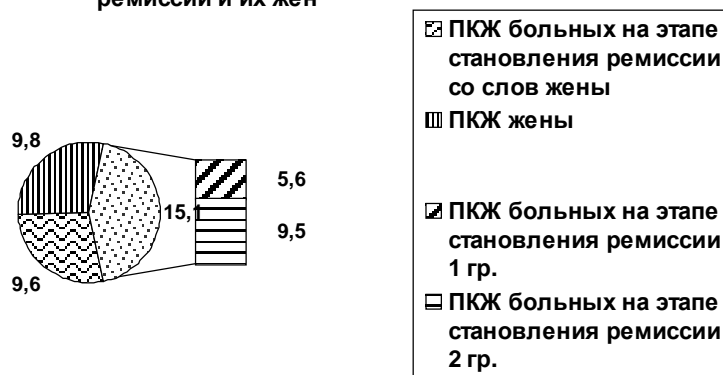


утраты, нарушение межличностных взаимодействий. При сравнении данных, полученных в результате заполнения опросника «Показатель качества жизни» (Mezzich et al., 1999), обоими супругами, выявлено, что психо-эмоциональная и общественная поддержка ощущается больными в меньшей степени, чем им того хотелось. При этом расхождение в баллах по всем показателям КЖ незначительны, а оценка общего восприятия КЖ больного совпадает с оценкой его жены либо завышена ею до 1 балла и в среднем составляла 2,1 балла (Рис. 2).

При исследовании ПКЖ жен больных в состоянии СОА, выявлено, что происходит снижение показателей психо-физического благополучия, возможности выполнения повседневных задач, нарушение межличностных взаимодействий, снижение или отсутствие различного вида поддержки на фоне снижения всех показателей у всех женщин аналогично женам 1-ой группы, мужа которых находились в состоянии опьянения и соответствует в среднем 4-м баллам (Рис. 2).

У больных в процессе формирования ремиссии отмечается снижение ДР, эмоционального благополучия, социо-эмоциональной поддержки, что отмечается обоими супругами, бальная оценка общего восприятия КЖ в большинстве случаев совпадает. В процессе становления ремиссии больные условно разделены на две группы. Количество баллов по всем ПКЖ у больных 1-ой группы составляло до 70,0 баллов, общее восприятие КЖ больными соответствовало в среднем 5,6 балла; у больных 2-й группы соответственно выше 70,0 баллов и в среднем 9,6 балла (Рис. 3). Как оказалось, 1-ую группу составили холостяки либо лица, состоящие в разводе, с низким показателем ДР, как следствием недостаточной социо-эмоциональной поддержки, и самореализации; 2-ую группу составляли лица, состоящие в браке, показатель их ДР был снижен умеренно или незначительно (не менее 7 б). В этот период показатели КЖ жен больных повышаются и общее восприятие КЖ соответствует в среднем 9,8 баллов у подавляющего большинства женщин (Рис. 3).

**Показатели качества жизни больных на этапе становления ремиссии и их жен**



**Рис. 3.**

Таким образом, наиболее низкая оценка КЖ, по мнению больных, в состоянии СОА, наиболее высокая – в период становления ремиссии, что в принципе совпадает с оценкой КЖ больных их женами. Существенное различие между оценкой КЖ больных в опьянении и их жен может свидетельствовать как о невозможности правильной оценки своего состояния больным, так и о неадекватной оценке состояния мужа со стороны жены, у которой имеет место невротическая реакция на алкоголизацию мужа. Наиболее важным для больных в состоянии опьянения является наличие социо-эмоциональной поддержки и духовной реализации, отсутствие или недостаток которых может стать как причиной алкоголизации, так и фактором, определя-

ющим наличие аффективных изменений у лиц с АЗ в опьянении. Наиболее выражены аффективные нарушения у лиц с высоким уровнем притязаний, личностными особенностями, выраженной энцефалопатией, интеллектуально-мнестическими нарушениями на фоне полного отсутствия критики. ПКЖ жен таких больных чрезвычайно низкий.

Самый низкий уровень ДР больного в состоянии опьянения, на наш взгляд, происходит вследствие диссонанса между желаемым и реальным, определяется крушением надежд, иногда полным отсутствием веры во что бы то ни было, т. к. в этот период больной сосредоточен на своем внутреннем мире, окружающий мир воспринимается им искаженно. На

последующих этапах болезни ДР у больного постепенно растет и в период становления ремиссии является максимальной у лиц, живущих в семье; у больных же, не имеющих семьи по разным причинам, уровень ДР выше средних значений.

Изучение КЖ больных на различных этапах болезни, а также КЖ их близких даст возмож-

ность планировать прогноз заболевания, разрабатывать индивидуальные адекватные схемы медикаментозного, психо-терапевтического, противорецидивного лечения, выбрать направление трудовой и социальной реабилитации больных на основе доверия к врачу, установления партнерских отношений, что приведет к оздоровлению семей лиц с АЗ.

*Л.М. Маркозова*

## **ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ДИНАМІЦІ**

Інститут неврології, психіатрії й наркології АМН України

На основі вивчення якості життя (ЯЖ) 30 осіб з алкогольною залежністю (АЗ) на різних етапах хвороби виявлені особливості оцінки ЯЖ хворими, їх дружинами, ЯЖ дружин, що допоможе в плануванні прогнозу хвороби, у розробці адекватних схем медикаментозного, психотерапевтичного, проти-рецидивного лікування, у виборі напрямку трудової та соціальної реабілітації, оздоровленню сімей осіб з АЗ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.95-98)

*L.M. Markozova*

## **PECULIARITIES OF RECEIVE OF THE QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN DYNAMICS**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukrainian

It has been studied the peculiarities of receive of the quality of life in the 30 patients with alcohol dependence in various stage of disease. It has been revealed the peculiarities of receive of the quality of life in the patients, their wives, of the quality of wife's life. It should be relieved in the planning of disease fore; in elaboration of individual adequate schemes of medicinal, psychotherapeutic, anti-relapse treatment, in election in the direction of working and social rehabilitation, in rending healthy of family of the patients with alcohol dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.95-98)

### *Литература*

1. 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.

Поступила в редакцію 24.05.2004

УДК 616.89-008.444.9

*А.П. Петрюк***АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ  
С УЧЕТОМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковская городская  
клиническая психиатрическая больница № 15

Ключевые слова: агрессивное поведение, психические расстройства, качество жизни пациентов

Невозможно в настоящее время представить ни одно средство массовой информации, где бы в сводках новостей не сообщалось о каком-либо акте агрессии или насилия. По всему миру, во всех слоях общества мы видим насилие. Тут и кровавые столкновения между бандами в бедных районах Лос-Анджелеса, и перестрелки в Майями и Детройте, и взрывы бомб в Северной Ирландии и Москве, и убийство премьер-министра в Стокгольме и террористический акт в Нью-Йорке с разрушением Международного торгового центра. Пресса наполнена сводками о сражениях между христианами и мусульманами в опустошенном Бейруте, о евреях, воюющих с палестинцами на оккупированных территориях, о гражданских войнах, то и дело вспыхивающих в Африке. Акты насилия, с виду беспричинные, происходят почти повсюду, снова и снова, день за днем и неделя за неделей [1,2].

Эти факты вызывают в обществе беспокойство не только из-за страданий, причиняемых агрессией, но и из-за того, что нередко агрессивное поведение проявляется у лиц с различными психическими расстройствами, у которых распространение насилия трудно предотвратить, что не может не влиять на качество жизни этих пациентов и их родственников.

Большинство исследований определяют агрессию как любую форму поведения, которая нацелена на то, чтобы причинить кому-то физический или психологический ущерб. Вместе с этим, данное определение не является общепринятым и сегодня термин «агрессия» имеет много значений, как в научных трудах, так и в обыденной речи. В результате мы не всегда можем быть уверены в том, что же имеется в виду, когда индивид характеризуется как «агрессивный» или действие определяется как «насильственное». Порой и словари оказываются не сильно полезными. Например, в некоторых из них говорится, что слово «агрессия» обозначает на-

сильственное нарушение прав другого лица и оскорбительные действия или обращение с другими людьми, равно как и дерзкое, асертивное поведение. В этом определении представлены весьма разнообразные действия, но все они обозначаются словом «агрессия» [1].

Большинство исследователей настаивают на том, что подлинно адекватное определение агрессии должно соотноситься с намерением нападающего. Характерно, что большинство агрессивных действий мотивировано не только желанием нанести вред жертве агрессии. В основном соглашаясь с тем, что агрессоры действуют расчетливо, рационально, сторонники данного подхода утверждают, что нападающие имеют и другие цели, которые могут быть для них более важными, чем желание причинить ущерб своим жертвам: желание влиять на ситуацию (агрессия часто бывает грубой попыткой принуждения; нападающие могут причинить ущерб своим жертвам, но их действия являются, прежде всего, попыткой повлиять на поведение другого человека. Они могут стремиться, например, к тому, чтобы заставить других перестать делать то, что их раздражает), осуществлять власть над другой личностью (агрессивное поведение часто бывает направлено на поддержание и усиление власти и доминирование нападающего. Агрессор может нападать на жертву, стремясь добиться выполнения своих желаний, но, как считают сторонники данного подхода, его главная цель – утвердить в отношениях с жертвой собственные доминирующие позиции) или сформировать благоприятную (предпочтительную) идентичность (агрессивное поведение интерпретируется в этом случае как средство управления впечатлением) [3-5].

Разумеется, иногда поведение определяется одновременным действием различных факторов. Агрессоры могут стремиться добиться своего или утвердить свою власть с тем, чтобы повы-

сильное чувство собственной ценности [6].

По мнению Т.Б. Дмитриевой, агрессия и (или) агрессивное поведение человека – это действия, базирующиеся на агрессивности и направленные на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающего мира, сопряженные с насилием против них. Такого рода агрессия определяется по-разному, но в целом дефиниции соответствуют приведенному данному определению. Ее обозначают как мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения. В этом определении подчеркивается негативная, и зачастую противоправная сторона агрессии. При этом Т.Б. Дмитриева понимает агрессивность как свойство личности, особенность характера, которая выражается в готовности к агрессивному восприятию и соответствующей интерпретации поведения другого лица или лиц в рамках межличностных отношений [6].

Агрессивное поведение может проявиться у всех людей, как психически здоровых, так и у психически больных. Вероятно, что у последних существенное влияние на формирование агрес-

сивного поведения и реализацию агрессии могут оказывать психопатологические проявления, главным образом актуальный психопатологический синдром. Многие исследователи подчеркивают разную степень опасности психопатологических состояний. К примеру, состояния расстроенного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций – сумеречные расстройства сознания являются наиболее опасными синдромами; наименее опасными являются астенические проявления. Умеренную опасность представляют галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и психопатоподобные синдромы. Наряду с этим, в реализации агрессии при всех упомянутых психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, значительную роль играют преморбидные личностные установки больного. В одних случаях они приводят к легкому возникновению агрессивного насильственного поведения, зачастую даже к повторным, однотипным агрессивным действиям; в других – препятствуют таким поступкам [7,8].

Целью нашей работы являлось описание наиболее часто встречающихся форм агрессивного поведения при различных психических расстройствах.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ 273 историй болезни больных с различными психическими расстройствами, сопровождающимися различными формами гетеро- и аутоагрессивного поведения, поступив-

шие на лечение и судебно-психиатрическую экспертизу в разные отделения Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 в период с 2000 по 2004 годы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Проведенный анализ историй болезней показал, что среди изученных было 214 (78,4%) мужчин, 59 (21,6%) женщин, жителей города – 172 (63,0%), сельских жителей – 101 (37,0%), работающих – 85 (31,1%), неработающих – 188 (68,9%). По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет – 12 (4,4%), 21-30 лет – 33 (12,1%), 31-40 лет – 60 (22,0%), 41-50 лет – 101 (37,0%), 51-60 лет – 35 (12,8%), 61 год и старше – 32 (11,7%) больных.

Анализ жалоб, анамнеза жизни и болезни, результатов комплексного соматического, неврологического, клинко-психопатологического и патопсихологического исследования выявил следующие формы агрессивного поведения при различных типах психических расстройств.

Агрессивное поведение среди обследованной группы больных обнаружено у 57 (20,9%) больных с психотическими психическими расстрой-

ствами и у 216 (79,1%) больных с непсихопатическими психическими расстройствами.

Больные шизофренией отмечали особую опасность из-за частого появления агрессивного поведения. Однако, мужчины, больные шизофренией, в два раза чаще совершали агрессивные действия, чем женщины, страдающие шизофренией. Максимальная степень агрессивности наблюдалась при галлюцинаторно-параноидных синдромах. Риск агрессивных действий у таких больных возрастал при появлении тревоги, растерянности, деперсонализации и дереализации. Идеи преследования, воздействия, ревности и отравления в этих случаях сочетались с аффективными нарушениями и императивными галлюцинациями. Особенно опасными являются стойкие бредовые идеи конкретного содержания с направленностью на конкретных лиц, в частности, бред ревности. Галлюцинации,

бред и параноидные идеи понуждали больных причинять вред окружающим, хотя более частым исходом становилось нанесение вреда себе (у 16,3% случаев среди больных шизофренией с агрессивным поведением). Больные часто действовали под влиянием галлюцинаторных императивных «голосов» (41% больных подчинялись императивным «голосам») или ложных убеждений в злонамерениях окружающих. Следует подчеркнуть, что выраженной агрессивностью обладали также галлюцинации эротического содержания.

При аффективных расстройствах симптомы депрессии иногда приводили к «расширенному суициду», т.е. самоубийству, отягощенному убийством родственников, поскольку такие больные предвидели для своих близких лишь мрачное будущее в угрожающем мире, единственным способом избежать которого становилась сначала их, а потом своя смерть. Характерно, что одним из психопатологических механизмов этого вида агрессивных действий являлось чувство альтруизма (мотив сострадания). Бесспорно, гетеро- и аутоагрессия у больных с аффективными расстройствами совершалась по мотивам самообвинения – исключение мнимой (бредовой) вины.

При биполярной форме заболевания симптомы гипомании или мании приводили к беспечным, безответственным действиям или даже бредоподобным реакциям, что служило поводом для совершения незначительных террористических актов (сообщение по телефону о заминировании офиса, школы) в целях привлечения внимания не столько к собственной персоне, сколько к «общественным проблемам».

Уровень агрессивного поведения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя был очень велик и по нашим данным он колебался от 50 до 60% (выше наблюдался у лиц мужского пола и ниже - у лиц женского), хотя лица, которые не являются алкоголиками, наркоманами или токсикоманами, под действием опьянения тоже выявляли агрессивные поступки против личности и провоцировали дорожно-транспортные происшествия. Однако, хотя алкогольное опьянение во время совершения выраженных агрессивных действий (убийства, нанесение тяжелых повреждений и т.п.) наблюдалось в 72% случаев, другие факторы играли более значимую роль, чем алкоголь, который лишь упрощал путь к совершению агрессивных действий. Особо опасным являлось сочетание шизофрении и злоупотребления психоактивными веществами.

Больные с расстройством личности отличались большим потенциалом нанесения вреда. Они нередко совершали агрессивные поступки без явной цели, не раскаивались в содеянном, ни к кому не испытывали чувства привязанности, часто демонстрировали сексуальное и опасное для окружающих поведение, и эти черты прослеживались во всех аспектах их жизни. Кстати, психопатия, по мнению многих исследователей, диагностируется у многих сексуальных маньяков и серийных убийц. Разные виды агрессивного поведения, как справедливо отмечают Б.В. Шостакович и В.В. Горинов [8], характерны для различных типов психопатических личностей, поскольку они наиболее уязвимы в определенных жизненных ситуациях.

Так, личности, обращенные внутрь себя, живущие внутренним миром, обычно совершали агрессию в отношении лиц, включенных ими в этот мир. У части больных психопатиями отмечалась хроническая тревога и такие сложные агрессивные аффекты, как ярость и ненависть. Последние эмоциональные проявления, как нам представляется, так или иначе были связаны с перманентной тревогой, страхом и ожиданием неприятностей и бед, источником которых являлись другие люди.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства, отличались крайним полиморфизмом структурно-динамических характеристик, которые приводили к различным агрессивным действиям. В данном случае агрессию связывали со слабоумием, тяжелыми дисфориями, эксплозивностью, вязкостью аффекта, помраченным сознанием и хроническими бредовыми расстройствами.

Проведенный нами анализ историй болезней показывает, что агрессивное поведение, регистрируемое при различных психических расстройствах, наблюдается чаще среди мужчин, городских жителей, неработающих и в возрасте от 41 до 50 лет, что оказывает существенное влияние, как на качество жизни самих пациентов, так и их родственников.

Таким образом, агрессивное поведение при различных психических расстройствах и его влияние на качество жизни пациентов остаются недостаточно изученными, что имеет большое значение в профилактике общественно опасных и криминальных действий со стороны психически больных. Вне сомнения, что кроме психопатологических и феноменологических (биологических) факторов агрессии у лиц с психическими расстройствами необходи-

мо изучать анализ тонких взаимосвязей личности и деятельности, составляющих функцио-

нальное, социально-психологическое и биологически-социальное единство.

*О.П. Петрюк*

## **АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ПРИ РІЗНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ З УРАХУВАННЯМ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ**

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

Вивчені форми агресивної поведінки, що найчастіше зустрічаються, на основі аналізу 273 історій хвороб хворих з різними психічними розладами, котрі супроводжувалися різними формами гетеро- та аутоагресивної поведінки. Підкреслюється недостатня вивченість агресивної поведінки та її впливу на якість життя, що має велике значення для профілактики суспільно небезпечних і кримінальних дій з боку психічно хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.99-102)

*O.P. Petryuk*

## **AGGRESSIVE BEHAVIOR DURING DIFFERENT MENTAL DISORDERS WITH THE CONSIDERATION OF PATIENTS' QUALITY OF LIFE**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of Academy of Medical Science of Ukraine, Kharkiv municipal clinical mental hospital 15

273 disease histories with various mental disorders accompanied by different forms of hetero- and autoaggressive behavior have been analyzed to study the most common forms of aggressive behavior. Insufficient concept of aggressive behavior is emphasized as well as its affecting the quality of life, which is essential in preventing socially dangerous and criminal actions on the part of mental patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.99-102)

### *Литература*

1. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. — СПб.: Прайм-Еврознак, издательский дом «Нева»; М.: ОЛМА-Пресс, 2001. - 512с. (Секреты психологии).
2. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб.: Изд-во «Питер», 2000. — 352с. (Серия «Мастера психологии»).
3. Tedeschi J.T. Social influence theory and aggression // In R.G. Green, E.I. Donnerstein (Eds.). Aggression: Theoretical and empirical reviews. — Vol. 1. — New York: Academic Press, 1983. — P. 135-162.
4. Pagelow M. D. Family violence. — New York: Praeger, 1984.
5. Toch H. Violent men. — Chicago: Aldine, 1969.

6. Дмитриева Т.Б. Введение // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой и профессора Б.В. Шостаковича. — СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. — С. 3-9.
7. Холмс Д. Анормальная психология — СПб.: Питер, 2003. — 304с. — (Серия «Концентрированная психология»).
8. Шостакович Б.В., Горинов В.В. Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой и профессора Б.В. Шостаковича. — СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. — С. 10-22.

Поступила в редакцию 25.05.2004

УДК: 616.89. – 008.441.13: 616.45 – 0011/3 – 037: 616.857

*А.А. Артемчук*

## СОДРУЖЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, психо-эмоциональная и неврологическая сферы, терапия

Материалы многочисленных исследований свидетельствуют об облигатном характере аффективных нарушений при алкогольной зависимости (АЗ) [1 - 5]. К их числу можно отнести: депрессию, резкие колебания настроения, аффективное напряжение, страх, тревогу, тоску, вялость и апатию. Все они тесно связаны с поведенческими расстройствами, имеют разную биологическую (нейрофизиологическую, биохимическую) и социально-психологическую почву, носят явный или скрытый характер и могут обуславливать клиническое содержание АЗ и металкогольных заболеваний: их манифестацию, обострение, рецидивирование, социальную и личностную декомпенсацию, исход и многое другое.

Аффективные расстройства, как и АЗ, манифестируют в подростковом возрасте, и, чаще всего, субъективно-тяжкими пароксизмальными тревожными состояниями, которые постепенно переходят в депрессию [6]. Многие исследователи подтверждают коморбидность АЗ и депрес-

сий. Последней придаётся определяющая роль в клинике АЗ и терапевтических ремиссий. Так, при исследовании 316 женщин с алкогольным злоупотреблением, у половины из них выявлены депрессивные расстройства; у 25% женщин с депрессией выявлена АЗ [7]. При изучении 298 мужчин во время стационарного противоалкогольного лечения и спустя 6, 9, 12 мес., выявлено рецидивирование АЗ в 2,5 – 4,9 раз чаще у лиц с проявлениями депрессии, чем без таких проявлений [5]. Частота и роль других аффективных нарушений при АЗ, в целом, и на различных этапах становления ремиссии остаются малоизученными.

Целью настоящей работы явилась разработка эффективных технологий диагностики, профилактики и лечения АЗ, коморбидной с аффективными, неврологическими и другими расстройствами, поиск биологических маркеров АЗ и аффективных нарушений на различных этапах становления терапевтической ремиссии.

### Материалы и методы исследования

В течении 2000 – 2003 гг. в динамике пятикратно обследованы 168 больных АЗ (мужчины в возрасте от 18 до 62 лет): в состоянии острой алкогольной интоксикации (ОАИ); на фоне синдрома отмены алкоголя (СОА); после его купирования; на начальном этапе становления терапевтической ремиссии после стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко (СПТ) и в период полной терапевтической ремиссии.

Комплексность исследования достигнута применением следующих методов:

1. Клиническое, клиничко-анамнестическое и клиничко-катамнестическое исследование с помощью специальных анкет;
2. Неврологический осмотр по стандартной схеме, полное физикальное исследование (АД, Ps).

3. Экспериментально-психологическое исследование (тест дифференциальной самооценки функционального состояния – САН; С.Я. Рубинштейн, 1970 [8]; шкала реактивной и личностной тревоги – ШРЛТ; Ю.Л. Ханин, 1976 [9]; оценка продолжительности индивидуальной минуты; Е.И. Головаха, А.А. Кронин, 1984 [10]; цветовой тест Люшера; М. Люшер, 1966, адаптированный вариант Л.Н. Собчик, 1990 [11]; шкала самооценки депрессий Цунга; W.W. Zung, N.C. Durhan, 1965; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS) [12] и др.

Набор материала осуществлялся без специального подбора больных по мере их обраще-

ния за медицинской помощью.

В первую группу (I) вошло 45 больных, обследованных в состоянии ОАИ: спиртные напитки они употребляли в день исследования (28 чел.) или накануне (16 чел.). Во вторую группу (II) вошло 47 чел., обследованных на этапе острых явлений СОА (2-3 день трезвости, 19 чел.) и остаточных явлений СОА (4-7 день трезвости, 28 чел.). Третью группу составили 109 больных АЗ, обследованные на 10-30 день трезвости (III гр.), накануне стрессопсихотерапии. В период начала становления терапевтической ремиссии (1-2-й мес. после СПТ) обследованы 34 больных (IV гр.). И, наконец, в состоянии полной терапевтической ремиссии – V гр. (от 6 до 25 мес. трезвости) обследованы 18 больных АЗ.

Основная часть обследованных (89,22%) представлена лицами молодого и зрелого, наиболее трудоспособного возраста. Средний их

возраст на момент исследования составил  $39,33 \pm 18,4$  лет. Разведены – 19,76% больных; находятся во втором браке – 21,56%. Прошли воинскую службу только 53,29% пациентов. Не служили в армии – 29,94% (по болезни, из-за судимости или другим причинам); комиссованы из армии по болезни – 16,77%.

Имеют неоконченное среднее образование – 11,38%; среднее-общее – 52,69%; неоконченное высшее и высшее – только 17,2%. Квалифицированные рабочие составили 38,32% от всей выборки, рабочие низкой квалификации – 51,5%, служащие – 6,59%.

Таким образом, в число общепопуляционных характеристик данной выборки больных АЗ входят: молодой и зрелый возраст, признаки семейной и социальной декомпенсации, выраженные нарушения здоровья, низкие уровни образования и квалификации.

### Результаты исследования и их обсуждение

Жалобы на аффективные расстройства в момент обращения за помощью, т.е. на разных этапах ОАИ и СОА, предъявили 127 чел. (76,05% обследованных). В структуре этих расстройств на первом месте «плохое настроение» (у 42,52% пациентов). На втором месте – «вялость и апатия» (у 40,12%). На третьем – «агрессивность» (у 26,75%). Далее, по нисходящей – «резкие колебания настроения» (у 20,36%), «тоска и страх» (у 14,97%), «депрессия» (у 11,38%). Наиболее частыми комбинациями жалоб в момент обращения за медицинской помощью были: агрессивность, тревога и резкие колебания настроения (у 9,58%); тоска, депрессия, вялость и апатия (у 7,19%).

На момент обращения за помощью больные испытывали и другие болезненные ощущения: головная боль (31,71%), повышенное потоотделение (30,5%), отсутствие аппетита (34,13%) и сна (22,75%), плохой сон с частыми пробуждениями (46,11%). Жалобы на соматическую сферу предъявляли 77,25% пациентов, в т.ч. на физическую слабость (35,93%), боли в сердце (27,55%), в области печени (13,17%), тошноту и рвоту (18,56%), понос (6,59%). Выраженное влечение к алкоголю отметили 47,31% обследованных.

Необходимо подчеркнуть, что все жалобы интегрируют в себя остаточные явления или последствия многочисленной соматоневрологической патологии, выявленной у обследованных больных АЗ, а также чисто алкогольные нарушения. В их числе: «перинатальный след» – последствия раннего органического повреждения

мозга внутриутробно, в родах (у 25,15%); последствия ЧМТ (у 41,32%); невротические расстройства типа энуреза (у 8,98%), заикания (у 6,59%); вегетодистонические и вегетососудистые неврологические синдромы (у 58,68%); сердечно-сосудистые болезни и расстройства (у 52,09%); оперативные вмешательства (у 28,34%); заболевания органов пищеварения (у 23,35%); инфекционные болезни (у 19,76%); болезни лёгких (у 26,95%).

Таким образом, у всех обследованных без исключения имеют место те или иные неврологические, соматические, невротические или психоаффективные нарушения, коморбидные по отношению друг к другу и к АЗ.

Материалы исследования больных АЗ непосредственно в период алкогольного опьянения (I гр. – 59 чел.) выявляют следующую структуру и распространённость психоэмоциональных расстройств: агрессивность, раздражительность – у 33,9% обследованных; тоска – у 11,86%; вялость, апатия – у 8,48%; тревога, психическое напряжение – у 6,78% и плохое настроение, депрессия – у 6,78%. (Таб. 1). Частота и структура неврологических синдромов при этом, составила: симптоматика энцефалопатии – у 83,05%, вегетососудистой дистонии (ВСД) – у 69,49%, ликворно-гипертензионного синдрома (ЛГС) – у 33,9%, астенического (астеноневротического – АНС, церебрастенического) синдрома – у 18,64%, ликворно-венозной дисциркуляции (ЛВД) – у 13,56% и эписиндрома (ЭС) – у 8,48% обследованных (Таб.2).



**Частота и структура жалоб на аффективные нарушения у больных алкогольной зависимостью на различных этапах становления ремиссии (в %)**

Исследования	Агрессивность, раздражительность	Тревога, страх	Тоска	Плохое настроение, депрессия	Вялость, апатия
I гр. (ОАИ – острая алкогольная интоксикация)	33,90	6,78	11,86	6,78	8,48
II гр. (СОА)	78,57	7,14	14,29	9,52	16,67
III гр. (перед стрессо-психотерапией – 10-30 день трезвости)	55,56	11,1	11,1	14,82	14,82
IV гр. (после стрессо-психотерапии – начальный этап ремиссии)	66,71	-	5,88	2,94	14,71
V гр. (полная терапевтическая ремиссия)	44,44	-	-	-	11,11

Таблица 2

**Частота и структура неврологических синдромов у больных АЗ на различных этапах становления терапевтической ремиссии (в %)**

Клинические группы (этапы исследования)	Симптоматика энцефалопатии	Вегетососудистая дистония (ВСД)	Ликворно-гипертензионный синдром (ЛГС)	Ликворно-венозная дисциркуляция (ЛВД)	Астенический, астено-невротический, церебрастенический синдромы (АНС, ЦСС)	Эписиндром (ЭС)
I-(ОАИ – острая алкогольная интоксикация)	83,05	69,49	33,90	13,56	18,64	8,48
II-(СОА – синдром отмены алкоголя)	54,76	47,62	11,91	21,43	28,56	4,76
III-перед стрессо-психотерапией – 10-30 день трезвости)	51,85	51,85	11,11	18,82	7,14	7,41
IV-(после стрессо-психотерапии – начальный этап ремиссии)	52,94	58,82	23,53	14,70	20,58	14,71
V-полная терапевтическая ремиссия	33,33	33,33	0	22,22	11,11	0

На этапе СОА (II гр. – 47 чел.) резко увеличивается число жалоб на агрессивность и раздражительность (с 33,9% до 78,57%); вялость и апатию (с 8,48% до 16,67%); в то время, как представленность остальных психоаффективных расстройств возрастает незначительно (тоска с 11,86% до 14,29%); плохое настроение, депрессия – с 6,78% до 9,52%; тревога, психическое напряжение – с 6,78% до 7,14%). Одновременно, увеличивается представленность ЛВД (с 13,56% до 21,43%) и астеноневротического комплекса (с 18,64% до 28,56%), и уменьшаются проявления энцефалопатии, ВСД, ЛГС, ЭС (Таб.2).

На 8-30 день трезвости (III гр.) обследованы 27 чел., у которых, на этот период, сохраняются жалобы на высокую раздражительность и агрес-

сивность (у 55,56%), вялость и апатию (у 14,82%), и растёт число жалоб на тревогу, страх (до 11%), плохое настроение, депрессию (до 14,82%), что служит предвестником возможности возвращения части пациентов к употреблению спиртных напитков и обуславливает необходимость применения специальных лечебных фармакологических и психотерапевтических технологий. На этом этапе наиболее значительно снижается частота и выраженность АНС, симптоматика энцефалопатии.

Прямое исследование 34 больных АЗ сразу после СПТ – IV гр., обнаруживает сохранение таких психоэмоциональных расстройств, как агрессивность и раздражительность (у 66,67%), вялость и апатия (у 14,71%), при полной или

значительной редукции таких жалоб, как тревога, страх (0%), плохое настроение, депрессия (до 2,94%), тоска (до 5,89%). Вместе с тем, отмечается некоторое усложнение неврологического статуса: нарастание частоты ВСД (до 58,82 %), ЛГС (до 23,53 %), АНС (до 20,58 %), ЭС (до 14,71), что свидетельствует о процессах активной гомеостатической перестройки в организме после СПТ. Структура и частота сохраняющихся психоэмоциональных и неврологических нарушений на раннем этапе становления ремиссии обосновывает выбор терапевтической тактики и направление корректирующих усилий необходимых для перехода всех функций организма, обменных процессов в качественно новое состояние – состояние здоровья.

На этапе полной терапевтической ремиссии (V гр., 18 чел.) отмечена полная редукция всех психоэмоциональных расстройств, кроме агрессивности, раздражительности (44,44%) и вялости, апатии (11,11%), которые являются наиболее стойкими и требуют постоянной, многолетней терапевтической коррекции. На этом этапе полностью редуцируются такие невроло-

гические проявления, как ЛГС, ЭС; резко снижается представленность АНС (до 11,11 %), ВСД (до 33,33 %), энцефалопатии (до 33,33 %). Наиболее стойкими и частыми остаются проявления ЛВД.

Сопоставление частоты и структуры неврологических синдромов у больных АЗ с различными типами аффективных нарушений (Таб.3) показало, что наиболее выраженную неврологическую подоплёку при АЗ имеют: депрессивная симптоматика (у 73,01% больных с депрессиями выявлены проявления энцефалопатии алкогольного и смешанного – алкогольно-травматического характера; у 34,62% – ЛГС); жалобы на вялость и апатию (у 72,97% таких больных – признаки энцефалопатии; у 64,87% – ВСД; у 32,43% – ЛГС; у 27,03% – ЛВД; у 21,61% – АНС; у 16,22% – ЭС), изменения настроения по типу тоски (у 66,67% – энцефалопатия; у 70,83% – ВСД; у 29,17% – ЛВД). Таб.3. Наиболее выражены аффективные расстройства на фоне астенического, астеноневрогического синдромов, эпизиндрома, ликворно-гипертензионного синдрома и ликворно-венозной дисциркуляции.

Таблица 3

**Частота и структура неврологических синдромов у больных АЗ с различными типами аффективных нарушений**

Тип аффективных нарушений	Всего больных с энцефалопатией	Вегето-сосудистая дистония, вегето-сосудистый синдром (ВСД)	Ликворно-гипертензионный синдром (ЛГС)	Ликворно-венозная дисциркуляция (ЛВД)	Астенический, астено-неврогический, церебростенический синдромы (АНС)	Эпи. синдром (ЭС)
Агрессивность	51,35	54,05	18,92	24,32	21,02	8,11
Тревога, напряжение	64,0	64,0	32,0	10,00	24,0	12,0
Резкие изменения настроения	62,86	48,57	25,71	14,14	24,70	11,43
Депрессии	73,01	53,85	34,62	19,23	15,37	11,54
Тоска	66,67	70,83	25,0	29,17	20,83	12,50
Вялость, апатия	72,97	64,87	32,43	27,03	21,61	16,22
Сильно выражены	40,98	47,54	86,88	85,25	93,46	93,44

Лечение больных АЗ на всех этапах становления терапевтической ремиссии должно проводиться с учетом структуры и выраженности выявленных жалоб, а также аффективных нарушений и неврологических синдромов.

При наличии у больного агрессивных проявлений назначается финлепсин (антиконвульсант с выраженным седативным и антипсихотическим дозозависимым действием) по 100-400 мг 2-3 раза в день или галоперидол (нейролептик с антипсихотическим и седативным действием) до 10 мг в сутки, неупелтил (нейролептик корректор поведения с седативным действием), по 3-

10 мг 2-3 раза в сутки. Последний препарат показан к применению в состоянии острой алкогольной интоксикации (ОАИ), по 1-5 мг 2-3 раза в день.

Финлепсин способен снижать и эмоциональную напряженность, а в больших дозах (по 200-400 мг 2-3 раза) – страх, тревожные расстройства. С этой целью применяется и амитриптилин, который понижает выраженность аффективной симптоматики, обладает седативным действием (по 25 мг 2-3 раза в день), паксил (СИ-ОЗС с достаточным анксиолитическим и антифобическим действием, по 20-40 мг в день), цип-

рамил (СИОЗС сбалансированного действия, по 20-40 мг в день). Последние препараты не показаны к применению на этапе СОА.

При жалобах на вялость и апатию назначаются пирацетам – ноотроп стимулирующего действия по (1200-2400 мг в сутки), церебролизин, препарат оказывающий органоспецифическое действие на мозговую ткань (в\в по 10 мл в день), танакан – корректор метаболизма в мозговой ткани, (по 40-80 мг 3 раза в сутки), паксил (СИОЗС обладающий и антидепрессивным действием, по 20-40 мг в день), ципрамил, хорошо сочетающийся с другими лекарственными препаратами (по 20-40 мг в день), коаксил (заявленный, как антидепрессант сбалансированного действия, но в нашей практике наблюдается выраженный стимулирующий компонент препарата – по 1 таб. (12,5мг) 3 раза в сутки.

Больным с энцефалопатией и астеническим, астеноневротическим или церебрастеническим синдромами показаны: 5% р-р глюкозы – в\в по 200-400 мл; церебролизина – в\в по 10-20 мл в сутки; ноотропила – в\в до 2-4 г в сутки; кавинтона – в\в по 10 мг в сутки; магния сульфата 25% – в\в по 5-10 мл; тиамин и пиридоксин – в\м в терапевтических дозах; кокарбоксилазы - в\м по 50-100 мг в сутки; прием аминокислоты внутрь по 400-600 мг в сутки, танакана внутрь по 120-240 мг в сутки, паксил по 20 мг в сутки.

Лечение ВСД, которая редко встречается изолировано, можно проводить вышеприведенными препаратами, в комплексе с другими нарушениями, но с обязательной индивидуализацией в выборе доз лекарственных средств.

Ликворно-гипертензионный синдром в амбулаторных условиях достоверно снижался и даже полностью купировался при назначении пациентам диакарба (уменьшает образование спинномозговой жидкости) по 250 мг в день, 2 приема и 1 день перерыв, магне-В6 (с целью коррекции дефицита магния и нейронной возбудимости), фезама (пирацетам – повышает энергетический обмен в клетках мозга, обладает антигипоксическим действием, циннаризин – улучшает мозговое кровообращение, понижает тонус симпатического отдела ВНС), танакана (повышает перфузию ишемизированных тканей, повышает устойчивость к гипоксии).

Ликворно-венозная дисциркуляция купируется назначением комбинаций вышеперечисленных препаратов с добавлением в схему терапии троксевазина – препарата с противоотечным действием, противовоспалительным действием, по 2 капс. в сутки, гинкорфорт – комплексного пре-

парата, влияющего на венозные сосуды, по 2 капс. в сутки.

В результате проведенного исследования выявлена высокая частота типичных психоэмоциональных расстройств и неврологических синдромов, и изучена динамика их обратного развития в процессе купирования ОАИ, СОА и становления ремиссии после стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко. Наиболее частыми нарушениями психоэмоциональной сферы у больных АЗ является агрессивность, раздражительность, которая нарастает на этапе СОА и начала становления терапевтической ремиссии, снижается перед СПТ и в длительной ремиссии. Наиболее стойкими психоэмоциональными расстройствами являются агрессивность, раздражительность и вялость, апатия, которые, по-видимому, обусловлены биологической дефектностью активирующих систем мозга, сетчатой формации и требуют дополнительного лечения. Частота жалоб на тревогу, страх и плохое настроение, депрессию возрастает к этапу перед СПТ (III гр.); нет этих жалоб или они минимальны на начальном этапе становления ремиссии (IV гр.) и при полной ремиссии (V гр.). Этим изменениям в психоаффективной сфере на различных этапах становления терапевтических ремиссий соответствует динамика ведущих неврологических синдромов. Так, симптоматика энцефалопатии имеет максимальную частоту на этапе ОАИ (I гр.) и неуклонно снижается к этапу полной терапевтической ремиссии (V гр.), демонстрируя, четко выраженную обратимость, т.н. органической симптоматики.

Для начального этапа становления терапевтической ремиссии (IV гр.) остается характерным высокий процент сохранения симптоматики энцефалопатии, ВСД, ЛГС, АНС, ЦСС и ЭС. Наибольшую стойкостью у трети пациентов имеют проявления энцефалопатии и ВСД у пятой части – ЛВД, которые сохраняются даже на этапе полной терапевтической ремиссии.

Наиболее четко выявленные психоаффективные расстройства коррелируют с симптоматикой энцефалопатии и ВСД. Наиболее сильно выражены психоаффективные расстройства у больных АЗ с ЭС, АНС, ЛГС и ликворно-венозной дисциркуляцией.

Эти содружественные аффективные и неврологические нарушения нуждаются в направленном купировании фармакологическими и психотерапевтическими технологиями в моменты их максимальной встречаемости и выраженности на различных этапах становления терапевтической ремиссии.

## СПІВДРУЖНІ ЗМІНИ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ В ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ СТАНОВЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМІСІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Комплексне дослідження 168 хворих на АЗ на різних етапах становлення ремісії (гостра алкогольна інтоксикація; синдром відміни алкоголю; до стресопсихотерапії і в стані повної ремісії) виявило структуру і частоту співдружних психоемоційних та неврологічних розладів. Найбільш частішими порушеннями з боку психоафективної сфери є агресивність, роздратованість; з боку неврологічної сфери – симптоматика енцефалопатії, вегетосудинної дистонії та лікворної гіпертензії. Найбільшою стійкістю відзначаються прояви агресивності, роздратованості та в'ялості, апатії, що вказує на суттєву дефектність активуючих та гальмівних систем мозку.

Такі психоемоційні порушення, як тривога, жахи, туга, поганий настрій, депресії і неврологічні розлади, як епісиндром, лікворно-гіпертензійний синдром, астеноневрогічний синдром повністю редууються у результаті спрямованої терапії вже на початковому етапі становлення терапевтичної ремісії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.103-108)

A.A. Artemchuk

## JOINT CHANGES OF PSYCHOEMOTIONAL SPHERE AND NEUROLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE ON DIFFERENT STAGES OF ESTABLISHMENT OF A THERAPEUTIC REMISSION AND THEIR CORRECTION

Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine

A complex investigation of 168 patients with alcoholic dependence on different stages of remission establishment (acute alcohol intoxication, AAS, before stress-psychotherapy, after stress-psychotherapy, and a complete remission) found out a structure and frequency of joint psychoemotional and neurological disorders.

On the side of the psychoaffective sphere an aggressiveness and irritability, and on the side of neurological sphere symptoms of encephalopathy, vegetative vessel dystonia, and liquor hypertension are the most prevalent disorders. The steadiest affective disorders are manifestations of aggressiveness, irritability and inertness, apathy, that indicates a significant deficiency of brain activating and inhibiting systems.

Psycho-emotional impairments such as anxiety, fear, anguish, depressed mood, depressions and neurological manifestations such as episynndrome, liquor hypertensive syndrome, astheno-neurological syndrome are reduce completely as a result of directed treatment to a beginning stage of an establishment of therapeutic remission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.103-108)

### Литература

1. Болотова З.М., Артемчук А.П., Мануйленко Ю.О. з співав. Лікування та профілактика рецидивів алкоголізму. Метод рекомендації – Харків, 1993 – 23с.

2. Воробьева Т.М., Волошин П.В., Пайкова Л.Н. с соавт. Нейрофизиология патологических влечений: алкоголизма, токсикомии наркоманий. Харьков: Изд. “Основа” при Харьковском университете - 1993 – 176 с.

3. Ковалёв Ю.В., Золотухина Д.Н. Депрессия, клинический аспект. М.: Медицинская книга. – Н. Новгород: Изд. НГМА, 2001 – 144с.

4. Артемчук А.Ф. Биологические основы пароксизмальных состояний в клинике алкоголизма. Український медичний альманах (Додаток). Том3, №2, Луганськ, 2000, с. 6-8.

5. Curran M., Flynn H.A., Kirchner J. Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans. Journal of Substance Abuse Treatment. 2000; 19, 259-265.

6. Dixit A.R., Grum R.M. Prospective Study of Depression and

the risk of heavy alcohol use in women. American Journal of Psychiatry 2000; 157; 751-758.

7. Spak L., Spak F., Allebeck P. Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000; 102, 44-51.

8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Медицина, 1970 – 214 с.

9. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности. М.: ЛНИИФК, 1976 – 18 с.

10. Головаха Е.И., Кронин А.А. Психологическое время личности. Киев: Наукова думка, 1984 – 208 с.

11. Собчик Л.Н. Методическое руководство. Метод цветовой выборки (Модифицированный цветовой тест Люшера). М.: Всесоюзный НИИМТ, 1990 – 97 с.

12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001, - 256 с., илл.

Поступила в редакцию 13.05.2004

УДК 616.89-008.441.13:615.851-053.67/.057.874

*В. М. Шпаченко***ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ АБСОЛЮТНОГО АЛКОГОЛЮ, ВЖИТОГО ПРОТЯГОМ РОКУ, УЧНЯМИ 10 КЛАСІВ СЕРЕДНЬОЇ ШКОЛИ ДО І ПІСЛЯ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: первинна психопрофілактика, алкогольна залежність, старшокласники

Проблема первинної профілактики алкогольної залежності є актуальною, тому що вона є найбільш широко поширеною формою залежності від біологічно активних речовин [1]. За результатами статистичних досліджень в Україні наприкінці дев'яностих років зареєстровано більш як два мільйони хворих на алкогольну залежність 2 - 3 стадії, хоча в дійсності їх значно більше [2].

Актуальним є дослідження механізму формування потреби у вживанні алкоголю старшокласниками, у яких відсутні будь-які ухилення в психіці через практичну відсутність наукових досліджень саме цього контингенту населення України. Разом з тим, існуючи теоретичні підходи до первинної психопрофілактики синдрому залежності різними авторами розуміються не однозначно. Перш за все, виділені ланки, на які слід спрямувати дію: агент (алкоголь), суб'єкт (зловживачий) та середовище (мікросоціальне оточення, соціальні умови) [3, 4]. Зменшення доступу до алкоголю (для скорочення ми об'єднали все, що, по суті, в результаті вимагає обмежувати можливості отримати спиртне) не дало суттєвих результатів [5;

6]. Навпаки, деякі з обмежень (введення сухого закону) збільшили кількість хворих на алкогольну залежність [7]. Задачею первинної профілактики синдрому залежності у старшокласників ми вважаємо практично повне виключення алкоголю на відміну від дорослих контингентів. Однак, враховуючи світовий досвід та наукові дослідження стосовно заборон питних напоїв вказану мету слід досягати іншими засобами. Без сумніву, виникає необхідність нових теоретичних обґрунтувань психопрофілактичних методів у старшокласників.

Аналіз наведених наукових джерел свідчить, що проблемі психопрофілактики синдрому залежності не приділяють належної уваги. Навіть у фундаментальних монографіях для фахівців можна не прочитати навіть згадки про цю проблему [8].

Наукові пошуки ефективних систем первинної профілактики таким чином набувають наукової, соціальної актуальності. Дана робота є часткою широкого програмного вивчення результативності нових способів первинної психопрофілактики пияцтва і синдрому залежності серед старшокласників без психічних ушкоджень і делінквентних виявів.

**Результати обстеження та їх обговорення**

Нами обстежено 127 старшокласників, учнів десятих класів середньої школи. З них 62 учня (основна група) пройшли курс первинної психопрофілактики протягом 4 місяців, з вересня по січень. В контрольній групі було 65 учнів 10 класу. Вони психопрофілактику не проходили. До початку психопрофілактики учні обох груп були обстежені в процесі якого вивчено, скільки абсолютного алкоголю в л випивалось кожним із обстежених протягом року. В спеціальній анкеті визначались типи напоїв (горілка, кон'як, вино міцне, вино сухе, шампанське і пиво), величина разового прийому того чи іншого спиртного і частоту прийому. Разові дози випивок спиртного були наступні: «не п'ю взагалі; випиваю до 50 мл; випиваю 50 – 100

мл; випиваю 100 – 150 мл; випиваю 150 – 200 мл; випиваю 200 – 250 мл; випиваю 250 – 300 мл; випиваю більше 300 мл». Вивчену частоту ми розподілили так: «не п'ю взагалі; випиваю один раз на рік; випиваю раз за місяць; п'ю 2 рази на місяць; п'ю тричі на місяць; п'ю раз на тиждень, п'ю двічі на тиждень; п'ю тричі на тиждень; випиваю 4-5 разів на тиждень; п'ю щодня».

Після першого обстеження учні основної і контрольної групи нами були розподілені на дві підгрупи. В першу підгрупу увійшли ті десятикланки, які випивали менше двох л абсолютного алкоголю. В основній групі таких виявилось 17, у контрольній – 18. В другу підгрупу ми включили старшокласників з кількістю випитого більше двох

л абсолютного алкоголю. В основній групі таких обстежених було 45, в контрольній – 47.

Учні основної першої підгрупи в середньому випивали  $0,85 \pm 0,16$  л абсолютного алкоголю (медіана 0,75;  $y = 0,66$ ). Найменша доза – нуль, максимальна 1,83 л. В контрольній підгрупі середня доза разової випивки дорівнювала  $0,65 \pm 0,15$  л. Відмінність між підгрупами відсутня ( $p > 0,05$ ). Після психопрофілактики (через шість місяців) середня доза випитого в першій підгрупі дорівнювала  $0,13 \pm 0,07$  л абсолютного алкоголю. Відмінність у порівнянні з кількістю до профілактики вірогідна,  $p < 0,05$ . В контрольній підгрупі ця величина дорівнювала  $0,89 \pm 0,15$  л. У порівнянні з середньою дозою при першому обстеженні збільшення суттєве,  $p < 0,05$  (в учнів десятого класу повторне обстеження в обох групах проводилось через шість місяців після першого. Щоб уніфікувати данні, тобто мати можливість порівняти динаміку прийому алкоголю з учнями восьмих класів та зберегти світовий стандарт аналізу вживання алкоголю – кількість абсолютного етилового спирту за рік в л, - отримані дані за шість місяців помножено на два). У другій підгрупі десятикласників основної групи при першому обстеженні доза абсолютного алкоголю дорівнювала  $6,1 \pm 0,5$  л (медіана 5,4;  $y = 3,4$ ). У підгрупі контролю відповідно  $6,1 \pm 0,46$  л (медіана 5,4;  $y = 3,1$ ). Суттєвої відмінності при першому обстеженні між групами не спостерігалось. Після профілактики (через шість місяців після першого обстеження) середня доза абсолютного алкоголю за рік в другій підгрупі основної групи була  $2,29 \pm 0,23$  л (медіана 2,29,  $y = 1,6$ ). Зменшення кількості випитого суттєве,  $p < 0,05$ . В групі контролю серед учнів з вживанням більше двох л абсолютного алкоголю за рік при повторному обстеженні середня доза була  $6,7 \pm 0,46$  л (медіана 5,57;  $y = 3,2$ ). Відмінність між першим і другим обстеженням контрольної другої підгрупи відсутня,  $p > 0,05$ . Після психопрофілактики учні основної групи (друга підгрупа) випивали в середньому значно менше ніж в другій контрольній підгрупі, (вірогідність:  $p < 0,001$ ).

Вивчення динаміки прийому алкоголю учнями десятих класів показало, що у деяких учнів першої підгрупи максимальна доза абсолютного алкоголю 1,83 л на рік (у контрольній першій підгрупі 1,92 л), в інших підгрупах кількість абсолютного алкоголю – в основній 17,2 л і 17,1 л. Мінімальна доза нуль в обох перших підгрупах; в других підгрупах відповідно 2 і 2,05 л. Цим ми пояснюємо величини у в других підгрупах основної і контрольної груп.

Частина обстежених випивала більше 10 л

абсолютного алкоголю за рік; в основній групі таких було 4, контрольній 5. Це становить в основній групі  $9 \pm 4\%$  і в контрольній –  $11 \pm 4\%$ , що не є визначальним. При проведенні нашої роботи критерієм залучення до наукового дослідження були лише два фактора: відсутність у старшокласників делінквентної поведінки, чи психічних ухилень і навчання у 10 класі. Тому можна величини вважати як цілком закономірні.

Як ми зазначали, у окремих учнів десятого класу доза щорічного прийому абсолютного алкоголю переважала 10 л. В основній групі таких виявилось чотири, в контрольній п'ять. Середня доза в основній групі склала  $13,8 \pm 1,6$  л (медіана 13,8;  $y = 3,3$ ), в контрольній –  $13,93 \pm 1,2$  л. В основній групі після профілактики середня доза абсолютного алкоголю на рік зменшилась до  $3,1 \pm 0,35$  л (медіана 14,4;  $y = 0,71$ ). В контрольній групі відповідно становила  $14,1 \pm 1,21$  л (медіана 14,62;  $y = 2,7$ ). В зв'язку з малою чисельністю порівнюваних учнів нами вибрано метод, який можна застосувати у цьому випадку – непараметричний спосіб Колмогорова – Смірнова - для визначення вірогідності відмінності кількості випитого (комп'ютерний варіант, система Statgraf, DOS версія). Виявилось, що між основною і контрольною групою при першому обстеженні відмінність відсутня,  $p > 0,05$ . При повторному обстеженні кількість вживання алкоголю у контрольній групі статистично вірогідно переважає кількість абсолютного алкоголю в учнів основної групи,  $p < 0,05$ .

Порівняння кількості вживання алкоголю в контрольній групі показує, що протягом шести місяців (з вересня по січень) принципових змін вірогідно не відбулося. Для вирішення пріоритету рекомендації до первинної психопрофілактики між десятикласниками і восьмикласниками ми провели порівняння зміни кількості прийому абсолютного алкоголю у восьмикласників у восьмому класі і в тих самих учнів у десятому. Для цього була взята група учнів, яким не проводилась психопрофілактика алкогольної залежності. Ми порівняли тих учнів, які випивали при першому обстеженні більше двох л абсолютного алкоголю. Виявилось, що у восьмикласників за два роки збільшення кількості абсолютного алкоголю дорівнювало в середньому 2,74 л. При порівнянні середньої кількості відмінність вірогідна,  $p < 0,001$ . Середня величина вживаного абсолютного алкоголю у восьмикласників контрольної групи в 10 класі дорівнювала  $6,92 \pm 0,46$  л. У обстежених нами десятикласників  $6,1 \pm 0,46$ . Порівняння кількості випитого між цими групами не виявило відмінності,  $p > 0,05$ .

Таким чином, проведене дослідження вияви-

ло вірогідну ефективність первинної психопрофілактики алкогольної залежності в учнів десятого класу. Динаміка прийому абсолютного алкоголю в учнів восьмого і десятого класів без психопрофілактики і результативність первинної психопрофілактики в учнів десятого класу також доводить ефективність застосування нашого методу профілактики і в учнів десятого класу. Серед учнів десятого класу перевагу при визначенні

доцільності залучення до психопрофілактики алкогольної залежності перевагу слід віддавати учням, які на момент обстеження випивали більше двох л абсолютного алкоголю на рік. Необхідність первинної психопрофілактики значно зростає у випадку значних доз абсолютного алкоголю протягом року. Так, при дозі в 10 л і більше, за нашими даними, така необхідність стає для учнів десятого класу обов'язковою.

*В. М. Шпаченко*

## **ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА АБСОЛЮТНОГО АЛКОГОЛЯ, ПРИНЯТОГО В ТЕЧЕНИИ ГОДА, УЧЕНИКАМИ 10 КЛАССОВ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ ДО И ПОСЛЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведена первичная психопрофилактика по методу автора 62 ученикам десятого класса. 65 учеников 10 класса обследованные как контрольная группа. Все ученики основной и контрольной группы были распределены на две подгруппы. В первую включали десятиклассников, которые выпивали меньше 2 л абсолютного алкоголя в год. Ко второй подгруппе тех, кто выпивал за год больше двух л абсолютного алкоголя. При первом обследовании установлено, что ученики первой подгруппы основной группы выпивали за год в среднем  $0,85 \pm 0,16$  л абсолютного алкоголя, в контрольной –  $0,65 \pm 0,15$  л. Отличия отсутствуют,  $p > 0,05$ . После профилактики ученики первой подгруппы основной группы выпивали  $0,13 \pm 0,07$  л, отличие в сравнении с первым обследованием достоверно,  $p < 0,05$ . В контрольной подгруппе количество выпитого абсолютного алкоголя увеличилось:  $0,89 \pm 0,15$  л.

Во второй подгруппе основной группы до психопрофилактики средняя доза на год составляла  $6,1 \pm 0,5$  л, в контрольной –  $6,1 \pm 0,46$ , отличие отсутствует,  $p > 0,05$ . После профилактики в основной подгруппе количество л абсолютного алкоголя уменьшилось ( $2,29 \pm 0,2$  л,  $p < 0,05$ ). В контрольной группе выпивалось в среднем  $6,7 \pm 0,46$  л, отличия в сравнении с количеством при первом обследовании нет,  $p > 0,05$ .

9±4 % учеников основной группы и 11±4% контрольной выпивали больше 10 л абсолютного алкоголя за год. При повторном обследовании в основной группе это количество уменьшилось до  $3,1 \pm 0,35$  л, в то время как в контрольной она осталась без существенного изменения – 14,  $62 \pm 1,2$  л ( $p > 0,05$ ).

На основании проведенного научного исследования автор делает вывод об эффективности первичной психопрофилактики алкогольной зависимости у десятиклассников, а в случае употребления ими 10 и больше литров абсолютного алкоголя в год такая психопрофилактика есть обязательной. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.109-111)

*V. N. Shpachenko*

## **THE DINAMICS OF QUANTITY OF ABSOLUTE ALCOHOL TAKEN DURING A YEAR BY THE SCHOOLBOYS THE 10-TH CLASSES OF HIGH SCHOOL BEFORE AND AFTER A PSYCHOPROPHYLAXIS OF ALCOHOLIC DEPENDENCE**

Kharkiv medical academy of postgraduate education

The primary psychoprophylaxis by the method of the author to 62 schoolboys of the tenth class is realized. 65 schoolboys 10 classes inspected as check group. All schoolboys of main and check group were distributed on two subgroups. In first was included schoolboys, who drank smaller 2 l of absolute alcohol per one year. To the second subgroup those who drank for one year more two l of absolute alcohol. At the first fixed, that the schoolboys of the first subgroup of a basic group drank for one year on the average  $0,85 \pm 0,16$  l of absolute alcohol, in check -  $0,65 \pm 0,15$  l. The differences are absent,  $p > 0,05$ . After prevention the schoolboys of the first subgroup drank  $0,13 \pm 0,07$  l, difference in matching with the first inspection is authentic,  $p < 0,05$ . In a check subgroup the quantity of absolute alcohol authentically has increased:  $0,89 \pm 0,15$  l ( $p < 0,05$ ).

In the second subgroup of a basic group up to a psychoprophylaxis the average dose for one year constituted  $6,1 \pm 0,5$  l, in check -  $6,1 \pm 0,46$ , the difference is absent,  $p > 0,05$ . After prevention in a main subgroup quantity of absolute alcohol decreased ( $2,29 \pm 0,2$  l,  $p < 0,05$ ). In check group was drunk on the average  $6,7 \pm 0,46$  l, the difference in matching with quantitatively at the first inspection is not present,  $p > 0,05$ .

9 ± 4 % of the schoolboys of a basic group and 11 ± 4 % контрольной drank more than 10 l of absolute alcohol for one year. At repeated inspection in a basic group this quantity has decreased up to  $3,1 \pm 0,35$  l, while in check it has remained without essential change - 14,  $62 \pm 1,2$  l ( $p > 0,05$ ).

On the basis of the conducted scientific research the author judges efficiency of a primary psychoprophylaxis alcohol dependence for schoolboys of the tenth class, and in case of the use by them 10 l or more litres of absolute alcohol per one year it is obligatory. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.109-111)

### *Література*

1. Diamond I., Gordon A. S. Cellular and molecular neuroscience of alcoholism. //Physiol. Rev., 1997,77: 1 – 20.
2. Синицкий В.Н. Комплексная терапия хронического алкоголизма. Лікування та діагностика. 1996, № 2.—С. 40– 44.
3. Sergin Ch. Ph. D and Menees M. Family Communication on the social skills of children of Alcoholics. J. stud. Alcohol. 1996. Vol. 57. N. 1. P. 29 – 33.
4. Росляков А.Ф. Социотренинг мотивационных характеристик студента стажера. Психолог - педагогические аспекты обучения студентов театральных вузов. Вып. 2. Под ред.

проф. А.Л.Гройсмана.М., “ Импринт”.—1993.—С. 13 – 19.

5. Укрепление здоровья на рабочих местах Алкоголизм и наркомания // Доклад комиссии экспертов ВОЗ. Женева.—1995.—С 20 – 21, 36 – 39.

6. Vailant G. E. The national hystory of alcoholism. Camdridge, Harvard. Univ. Press, 1983. 359 P.

7. Rev.of intern. Study, WHO, 1985.

8. Sirolo D.( Сироло Д., Шейдер Р., Сироло Э. и др. Алкоголизм. В кн. “Психиатрия” под ред. Р.Шейдера. Пер. С англ. – М., “ Практика”.—1998.—С. 237 – 250.

Поступила в редакцию 27.05.2004

УДК: 616.89-008.441.13-08

*К.Д. Гапонов***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ И ИХ БЛИЖАЙШИХ СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, г. Харьков

Ключевые слова: опиоиды, зависимость, созависимость, качество жизни

На 01.01.2004 органами здравоохранения Украины было зарегистрировано 76911 больных опиоманиями [1]. Однако расчеты, выполненные, сотрудниками Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (г. Харьков) свидетельствуют о том, что реальная численность больных опиоманиями в 2,0-2,5 раза больше, чем зарегистрированная органами здравоохранения [2].

Но от опиомании, как и от любой другой наркомании, страдают не только, а иногда и не столько, сами больные, сколько их ближайшее окружение. Больной опиоманией, порой - невольно, а чаще - вполне сознательно, вызывает у своих родственников выраженный и неопределенно длительный дискомфорт. В этом состоянии хронического дискомфорта больной вполне успешно манипулирует своими родственниками, реализуя примитивную и циничную формулу: «удовольствия от наркотика - мне, а неприятности связанные с моей наркотизацией – вам». В рамках этой формулы, родственники больного, искренне желая избавить его от наркотической зависимости, фактически способствуют ее продолжению. Данный феномен известен в наркологической литературе под именем созависимость [3,4]. Типичная украинская семья состоит из 3-4

членов. Следовательно, вместе с самими больными в нашей стране только от опийных наркотиков непосредственно страдают от 350 до 700 тысяч человек – членов их семей, т.е. 0,8 - 1,5 % населения. Это вполне сопоставимо с общей распространенностью всех остальных непсихотических психических расстройств вместе взятых (на 1.01.2004 года в Украине состояло на учете 584685 человек страдающих непсихотическими психическими расстройствами).

Как было сказано выше, одним из важнейших механизмом формирования созависимости является состояние дискомфорта у членов, пораженных наркоманией семей. Соответственно, избавление или, по крайней мере, ослабление дискомфорта – есть важнейший этап на пути избавления от созависимости. Для успешного решения этой задачи следует точно знать, какие именно сферы функционирования пораженных наркоманией семей пострадали в наибольшей степени. Это может быть сделано, как представляется, посредством комплексной оценки качества жизни их членов.

Таким образом, целью настоящей работы является комплексная оценка качества жизни (КЖ) больных опиоманией и качества жизни членов их семей.

**Материалы и методы исследования**

Обследовано 16 больных мужского пола в возрасте от 19 до 33 лет. Средний возраст составил  $24,2 \pm 1,21$  лет. У всех больных был диагностирован синдром зависимости от опиоидов (F11.25 или F11.26 согласно критериям МКБ - 10). Кроме того, обследованы отцы и матери упомянутых пациентов.

При проведении исследования использовался опросник «Показатель качества жизни» [5]. Поскольку самочувствие больных наркоманией сильно зависит от их текущего состояния (опьянение, синдром отмены и т.п.), оценка КЖ производилась

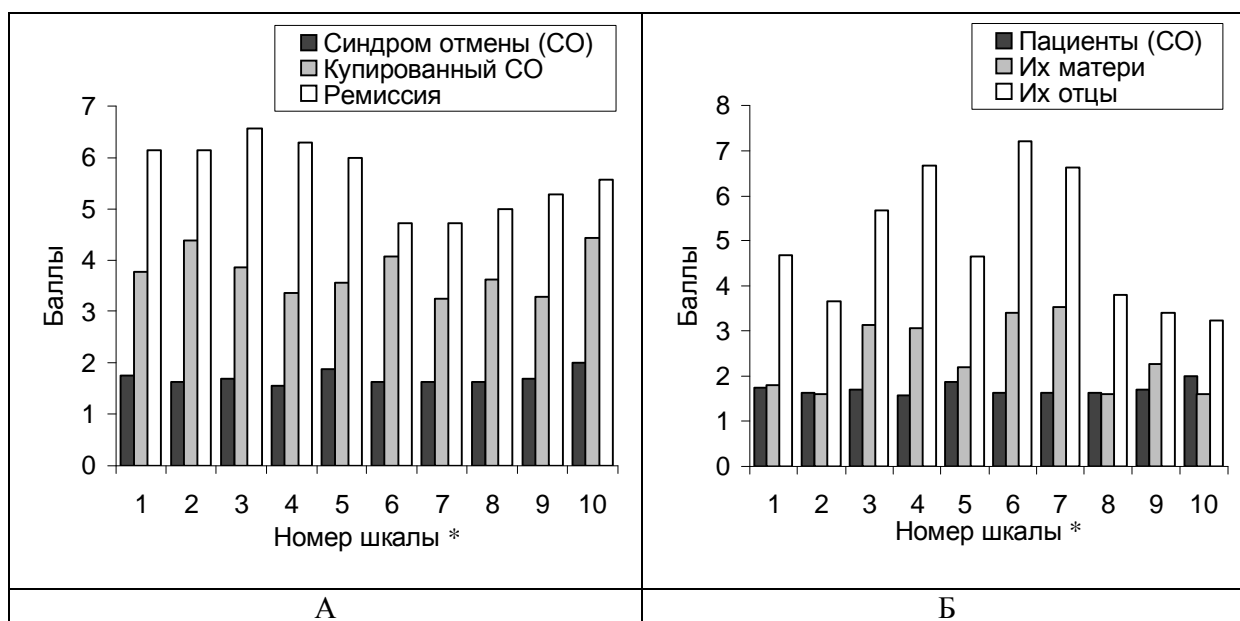
трижды: на высоте синдрома отмены опиоидов, сразу после купирования синдрома отмены и в раннем ремиссионном периоде (через 2 недели после выписки из стационара). Родители пациентов обследовались однократно, во время посещения пациентов в стационаре. Данный период представляется наиболее информативным для изучения явлений созависимости, поскольку болезненные проявления синдрома отмены у пациентов обостряют сочувствие их родителей. Для обработки полученных данных использовались методы математической статистики [6].



## Результаты обследования и их обсуждение

Средние величины компонентов КЖ больных опиоманией в различных состо-

яниях и их родителей представлены на рисунке.



**Рис. 1.** Средние величины компонентов КЖ у больных опиоидной наркоманией в различных состояниях (А) и у их родителей (Б)

Условные обозначения:

\* - шкалы составляющих КЖ по Mezzich et al, 1999 : 1 – физическое благополучие; 2 – психологическое и эмоциональное благополучие; 3 – самообслуживание и независимость в действиях; 4 – трудоспособность; 5 – межличностное взаимодействие; 6 – социо-эмоциональная поддержка; 7 – общественная и служебная поддержка; 8 – самореализация; 9 – духовная реализация; 10 – общее восприятие качества жизни.

Хорошо заметно, что в состоянии отмены все компоненты КЖ оцениваются пациентами весьма низко: в среднем  $1,71 \pm 0,37$  балла по десятибалльной шкале.

Уже на выходе из состояния отмены оценки КЖ существенно выше: в среднем  $3,82 \pm 0,90$  балла (различия с оценками КЖ на высоте состояния отмены достоверны -  $p < 0,05$ ). Характерно опережающее улучшение тех компонентов КЖ, которые описывают психологическое и эмоциональное благополучие пациентов (шкала №2 -  $4,33 \pm 0,73$  балла), а также их способность ощущать социальную и эмоциональную поддержку (шкала №6 -  $4,00 \pm 0,96$  балла). Опережающий рост этих двух компонентов КЖ сказался и на общем восприятии качества жизни (шкала №10 -  $4,44 \pm 1,11$  балла).

В состоянии ремиссии КЖ больных опиоманией продолжало возрастать: спустя 2 недели после выписки из стационара среднее для десяти компонентов значение составляло  $5,64 \pm 0,90$  балла (различия с оценками КЖ на высоте состояния отмены достоверны -  $p < 0,01$ ). Этот дополнительный рост КЖ на постгоспитальном этапе был достигнут за счет улучшения физического (шкала №1 -  $6,14 \pm 0,70$  балла), психоло-

гического и эмоционального состояния (шкала №2 -  $6,14 \pm 0,70$  балла); возможностей самообслуживания и способности действовать независимо (шкала №3 -  $6,57 \pm 0,81$  балла); трудоспособности (шкала №4 -  $6,29 \pm 0,84$  балла); а также за счет облегчения межличностного взаимодействия (шкала №5 -  $6,00 \pm 1,09$  балла). Обращает на себя внимание отставание в росте на этапе ранней ремиссии таких компонентов КЖ как эмоциональная (шкала №6 -  $4,71 \pm 1,15$  балла) и общественно-служебная поддержка (шкала №7 -  $4,71 \pm 1,05$  балла). Отставание в росте этих двух компонентов КЖ на этапе ремиссии следует рассматривать как фактор риска рецидива наркотизации.

Сравнительный анализ показателей КЖ родителей больных опиоманией, приводит к выводу о том, что от наркотической зависимости взрослого ребенка (пациента) его мать страдает гораздо больше (среднее для десяти компонентов КЖ значение -  $2,42 \pm 0,44$  балла), чем его отец (среднее для десяти компонентов КЖ значение -  $5,10 \pm 1,40$  балла). Указанное различие вполне достоверно ( $p < 0,05$ ). Большинство средних значений компонентов КЖ матерей пациентов не имело достоверных отличий от соответствующ-

щих показателей самих пациентов, обследованных на высоте синдрома отмены (отражение описанного у созависимых родственников феномена «слияния» [3]). Достоверно выше, чем у самих пациентов у их матерей, были показатели: самообслуживания и независимости в действиях (шкала №3 -  $3,13 \pm 0,58$  балла); трудоспособности (шкала №4 -  $3,07 \pm 0,61$  балла); социо-эмоциональной (шкала №6 -  $3,40 \pm 0,63$  балла) и общественно-служебной поддержки (шкала №7 -  $3,53 \pm 0,68$  балла).

1. Данные, полученные при помощи опросника J. Mezzich «Показатель качества жизни», вполне соответствуют существующим представлениям о динамике процесса формирования терапевтических ремиссии у пациентов, страдающих опиоманией, а также представлениям об отношениях созависимости в их семьях.

2. Результаты исследования КЖ свидетель-

ствуют в пользу того, что наибольший вклад в риск развития рецидива наркотизации вносит несостоятельность ресоциализации, находящая свое отражение в относительно низких уровнях на этапе ранней ремиссии таких компонентов КЖ как эмоциональная и общественно-служебная поддержка.

3. Результаты исследования КЖ хорошо иллюстрируют известный феномен «слияния» созависимых матерей и их взрослых, зависимых от наркотиков детей. Для преодоления состояний созависимости у матерей наркоманов и налаживания конструктивных взаимоотношений в семье необходимо опираться на те сферы жизни, которые пострадали от созависимости в наименьшей степени. Это, в первую очередь: способность к самообслуживанию, независимость в действиях, трудоспособность, а также поддержка со стороны общества и сослуживцев.

*К.Д. Гапонов*

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПОЇДІВ І ЇХ НАЙБЛИЖЧИХ СПІВЗАЛЕЖНИХ РОДИЧІВ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті наведено результати дослідження 16 залежних від опіоїдів осіб і їхніх батьків за допомогою опитувальника J. Mezzich «Показник якості життя». Встановлено, що показник якості життя і його окремі компоненти адекватно відбивають динаміку процесу формування терапевтичних ремісій у залежних від опіоїдів осіб, а також відносини співзалежності у їх родинях. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.112-114)

*K.D. Gaponov*

## **THE QUALITY OF LIFE OF OPIOID DEPENDED PATIENTS AND THEIR NEAREST CODEPENDENT RELATIVES**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

The results of research of 16 opioid depended persons and their parents with the questionnaire of J. Mezzich «The Parameter of Quality of Life» are presented in this article. It is established, that the parameter of quality of life and its separate components adequately reflect dynamics of process of formation of therapeutic remissions in opioid depended persons, and also the relation of codependence in their families. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.112-114)

### *Литература*

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003 рік. // Статистичний збірник МОЗ України. Центр медичної статистики. - Київ. - 2004.

2. Волошин П.В., Лінський І.В., Мінко О.І., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Стан наркологічного здоров'я населення України та діяльність наркологічної служби у 2002 році // Український вісник психоневрології, 2003, - Харків, - Т.11,- вип. 2(35), - С.5-6.

3. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости (монография). // Москва: МПА, 2001

4. Семья как объект антинаркотической профилактической работы. М.: Министерство Образования РФ, 2002 - 290 с.

5. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Igbal 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.

6. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - К.: Морион, 2000.- 320 с.

Поступила в редакцию 29.05.2004

УДК: 616.89.-008.447-009.2-053.6-07

*Т.П. Мозговая***ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Харьковский государственный медицинский университет

Ключевые слова: гиперкинетические и поведенческие расстройства, подростки, качество жизни.

В последнее время в медицине особенно актуальными стали вопросы изучения качества жизни больных. Интерес к этой проблеме возрос не случайно и если еще 20 лет назад это понятие в большей степени отражало результат проведенного лечения, то в современных условиях на фоне качества лечения все чаще стали возникать вопросы социального функционирования больных. Особенно животрепещущей эта проблема стала в психиатрии. Сам термин «качество жизни» до настоящего времени не имеет четкого определения. Разными авторами по-разному трактуется это понятие: некоторые расценивают это как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [1]. На наш взгляд наиболее подходящим для психиатрии является определение ВОЗ, которое включает в понятие «качество жизни» не только отсутствие заболевания или

физического повреждения, но и характеризует как интегральный комплекс состояния полного физического, психического и социального благополучия. Известно, что существует ряд психических заболеваний, которые даже в состоянии ремиссии нередко вызывают нарушение социального функционирования. Современные условия существенно обострили эту проблему, чем и был обусловлен рост научных исследований качества жизни психически больных [2, 3, 4, 5]. Однако, в современной литературе до настоящего времени не встречались работы по изучению качества жизни подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами.

Цель исследования заключалась в изучении качества жизни подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами и определение направлений социально-педагогических и психотерапевтических методов коррекции.

**Материал и методы исследования**

Для изучения показателя качества жизни существует несколько методических подходов [4]. Все они, в большей или меньшей степени, ориентированы на определенную специфику расстройств. Для данного исследования была использована методика определения показателя качества жизни, разработанная коллективом авторов [6].

Программа исследования включала обследование трех групп подростков: 1-ю группу представляли 43 подростка, поступивши в детское отделение психиатрической больницы по поводу гиперкинетических и поведенческих расстройств. 58% подростков этой группы были воспитанниками школы-интерната – дети-сироты и дети, родители которых были лишены родительских прав и в воспитании своих детей участия не принимали. 42% подростков формально имели семью, но она была неполная (вос-

питанием занималась одна мать). В одном случае у подростка были оба родителя, но злоупотребляющие алкоголем.

Характер клинических проявлений этих подростков отвечал требованиям рубрик МКБ-10 F-90 и F-91. В симптоматике преобладали гипердинамические расстройства, неспособность привлечь внимание к изучаемому материалу, отсутствие коммуникабельности в отношении со сверстниками и взрослыми. Часть подростков грубо нарушали режим, были замечены в злоупотреблении алкоголем и токсическими веществами. Сквозным симптомом наблюдалась агрессия, чаще физическая, реже – вербальная.

Вторую группу представляли 21 подросток – учащиеся общеобразовательной школы г. Харькова. По заключению педагогов это были «проблемные» школьники, которые по своим поведенческим реакциям напоминали подростков 1-

ой группы, однако в психиатрический стационар не госпитализировались как не отвечающие всем требованиям диагностических критериев.

47,7% этих подростков росли в полной семье, 28,5% - воспитывались только матерью или отцом, 14,3% - матерью и отчимом и 9,5% - воспитывались опекуном, как правило бабушкой.

### Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная характеристика показателей качества жизни трех групп подростков выявила наиболее высокие значения в контрольной группе, од-

Третью – контрольную группу – представляли 24 подростка – воспитанники детско-юношеской спортивной школы. Среди них преобладали подростки из полных семей – 83,3%, 12,5% - воспитывались матерью и 4,2% - матерью и отчимом.

Подростки всех групп были мужского пола, возрастной категории 11-15 лет.

нако, максимального количества баллов (10,0) они не достигали (Табл. 1), результаты показателей 1-ой и 2-й группы имели низкие значения.

Таблица 1

Показатели качества жизни у подростков сравниваемых групп

Шкалы методики	Показатель качества жизни		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
1	6,84±1,16	6,71±2,71	8,00±2,00
2	6,10±2,10	6,38±3,38	8,08±2,08
3	5,84±1,84	6,43±1,57	7,88±1,88
4	5,84±1,84	6,62±2,62	7,96±2,04
5	5,00±1,00	6,00±2,00	7,58±2,42
6	5,00±1,00	6,23±2,23	7,46±1,54
7	4,79±1,21	5,76±1,76	7,08±1,92
8	5,63±1,63	5,95±2,05	7,58±1,58
9	5,16±1,16	6,10±2,10	7,29±2,29
10	6,16±1,16	6,76±1,76	8,29±1,29

Анализируя результаты по шкалам, следует отметить, что шкала №1 отражает физическое благополучие, что включает отсутствие физической боли и дискомфорта, наличие жизненной активности и энергичности. Наименьший показатель этой шкалы (6,71) наблюдался у подростков 2-й группы, что в свою очередь, объясняется не столько наличием сопутствующей соматической патологии, сколько субъективным отношением к этой патологии. Наивысшие значения этой шкалы – 8,0 у подростков 3-й группы, что тоже отвечает принципам субъективной оценки. Шкала № 2 включает положительный радикал эмоций, удовлетворенность собой, адекватную самооценку. Наименьший показатель продемонстрировали подростки 1-й группы (6,10), что может быть аргументировано фактом пребывания в психиатрическом стационаре. По 3-ей шкале – самообслуживание и независимость действий, подростки 1-й группы оказались наиболее гипосоциальными. Шкалы № 4 (включает трудоспособность, т.е. умение справиться со школьными и семейными обязанностями), №

5 (межличностные взаимоотношения), № 6 (социальная поддержка) в целом характеризуют уровень независимости и степень формирования социальных взаимоотношений. Наименее ориентированными в социуме оказались подростки клинической группы. Шкала № 7 – государственная и служебная поддержка – подростки 1-ой группы меньше других рассчитывают на эту поддержку. Что касается личностной и духовной реализации (шкала № 8 и № 9), то подростки 1-ой группы наиболее пессимистичны, причем вопросы духовной реализации для них и для подростков 3-ей группы наименее реалистичны. Заслуживает внимания тот факт, что внутри групп самыми низкими были показатели 7-ой шкалы (государственная и служебная поддержка), что свидетельствует о разобщенности подростков с социумом. В целом, общее восприятие качества жизни у подростков 1-ой и 2-ой группы оценено достаточно низко, при этом определяющую роль в этом обусловили шкалы, характеризующие социальное функционирование и вопросы личностной реализации.

Выводы.

1. Низкие показатели качества жизни в клинической группе подростков можно аргументировать деформированным социумом этих подростков: воспитание в условиях школы-интерната, отсутствие опыта семейных взаимоотношений, ролевых установок, положительного родительского примера способствовало формированию у подростков безынициативности, пассив-

ной подчиняемости, неспособности организовать социальные взаимоотношения.

2. Результаты изучения качества жизни подростков можно использовать для определения направлений реорганизации социальных служб, организации быта подростков и мероприятий медико-педагогического плана с повышением самооценочных характеристик и волевых качеств.

*Т.П. Мозгова*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ**

Харківський державний медичний університет

Проведено вивчення якості життя підлітків 3 груп: госпіталізованих у психіатричний стаціонар із приводу гіперкінетичних і поведінкових розладів, групи «проблемних» школярів і контрольної групи. Виявлено, що підлітки клінічної групи нижче інших оцінюють якість життя, особливо за шкалами соціального функціонування й особистісної реалізації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.115-117)

*Т.Р. Мозгова*

## **THE PECULIARITIES OF LIFES QUALITY INDEX IN TEENAGERS WITH HYPERKINETIC AND BEHAVEIOURAL DISORDERS**

Kharkiv State Medical University

Studying the life's quality of 3 groups of teenagers is carried out: hospitalized in a psychiatric hospital concerning hyperkinetic and behavioural disorders, groups of «problem» schoolboys and control group. It is revealed, that teenagers of clinical group estimate quality of a life lower than others, especial on scales of social functioning and personal realization. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.115-117)

### *Литература*

1. Коц Я.И., Либиц Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями//Кардиология.-1993.-№5.-С.66-72.
2. Марута Н.О., Бахтсєва Т.Д., Панько Т.В. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади//Український вісник психоневрології.-2003.-Т.11, №4.-С.65-68.
3. Бараненко А.В. Оценка субъективного качества жизни у лиц с зависимостью от алкоголя//Український вісник психоневрології.-2003.-Т.11, №4.-С.85-87.
4. Полювяная М.Ю. Оценка качества жизни психически

больных//Архів психіатрії.-2002.-№2.-С.5-9.

5. Абрамова И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // Журнал психиатрии и медицинской психологии.-2000.-№1.-С.42-46.

6. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, RuiperezMaria, Yoon Gihyon, Igbal 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 18.06.2004

УДК 159.9:61+616.89

*И.И. Гаркуша, В.Г. Грецов, О.Ю. Блинов***НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Херсонский областной наркологический диспансер

Ключевые слова: аддиктивное поведение, самоотношение, самооценка, нарушение функций Эго, самовосприятие, дезадаптация

По одной из теорий, алкоголики – это гедонистические индивидуумы, интересующиеся только погоней за удовольствием и не обращающие внимания на чувства окружающих людей. Неявно за этой теорией, по нашему мнению, скрывается идея «слабости воли» наркозависимых пациентов. Из этого следует, что бороться с алкоголизмом надо правовым воздействием, а лечение алкоголизма сводится к преодолению собственной слабости.

Другая точка зрения – алкоголизм это болезнь. Больной диабетом не несет ответственности за свою болезнь, но всецело ответственен за заботу о себе самом. Алкоголик не несет ответственности за свой алкоголизм, но полностью отвечает за свои действия. В рамках этой модели алкоголики обладают врожденной предрасположенностью к алкоголизму; психологические факторы играют здесь небольшую роль.

Наиболее адекватным, с нашей точки зрения, является подход, согласно которому алкоголизм представляет собой гетерогенное расстройство с мультифакторной этиологией. То, что помогает одному пациенту, может не подойти другому, и поэтому не существует жесткой программы лечения; всех пациентов следует рассматривать индивидуально. К несчастью, модель «алкоголизм – болезнь» привела к некоторой депсихологизации алкоголизма. Подчеркивая важность психологических факторов, следует отметить, что алкоголиков характеризуют не только сложности управления аффектами и контроля своих импульсов; у них нарушены и другие функции Эго, например, способность поддерживать самооценку и заботиться о себе. Алкоголизм далеко не так прост. Не существует единого типажа «алкоголика – человека, предрасположенного к алкоголизму». Игнорирование личностных различий и индивидуальных психологических проблем затрудняет попытки понять, какие факторы становятся причиной ре-

цидивов, возникающих в течение болезни.

Алкогольная зависимость, как и прочие аддикции, возникает у конкретного человека, у личности. Алкоголизм или иные зависимости могут развиваться как результат длительных невротических конфликтов, генетической предрасположенности, семейных и культурных условий, а также влияния окружения. Однако, в любом случае, аддиктивное поведение имеет защитную и адаптивную функции. Использование алкоголя или наркотиков может временно усилить защиту Эго, нивелируя проявление таких мощных аффектов как гнев, вина, стыд, депрессия.

Аддиктивное поведение представляет собой отчаянную попытку вылечить себя столь небезопасным «лекарством».

Аддикты ведут непрестанную борьбу с чувством стыда и вины, ощущением своей никчемности и с повышенной самокритичностью.

Главная причина всех аддиктивных расстройств – это страдание, а вовсе не доступность наркотиков, давление социального окружения или поиск удовольствий и стремление к саморазрушению. Страдания, которые аддикты пытаются облегчить или продлить с помощью наркотиков, отражают базовые трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе.

Человек не склонен к химической зависимости, если он находится в согласии с самим собой и своими чувствами и способен адекватно выражать эти чувства, если он поддерживает здоровые отношения с другими людьми и может позаботиться о себе. Неудивительно, что травмирующее, оскорбительное или пренебрежительное поведение родителей разрушает все эти четыре аспекта психологической жизни. Травмы и психические повреждения, которые переживают на протяжении своего развития ад-

диктивные индивиды, сочетаются с факторами биологической или генетической восприимчивости, определенными культурными нормами или угнетающими социальными условиями, что усиливает психологическую уязвимость. Иными словами, увеличивается вероятность того, что пережившие психические травмы люди будут экспериментировать с химическими веществами, вызывающими зависимость, стремясь использовать их кратковременные адаптивные и несущие облегчение эффекты [1].

Таким образом именно психологические факторы являются важными этиологическими детерминантами развития аддиктивных расстройств.

Аддиктивные индивидуумы страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому не способны удовлетворить свои потребности или установить удовлетворяющие их отношения с другими людьми. Основным препятствием для стабильной самооценки является их необычайная непоследовательность в ходе удовлетворения своей зависимости. Они мечутся между самопожертвованием и эгоцентризмом; требующая и ожидающая позиция быстро сменяется презрительным отвержением помощи и отказом признать свою потребность. Под холодностью и отчуждением часто скрываются более глубокие стыд и чувство собственной неадекватности. Неудивительно, что могучая способность различных химических веществ изменять чувства притягивает их. Эти вещества служат мощным средством против внутреннего чувства пустоты, дисгармонии и душевной боли [2].

Для некоторых людей такими спасителями становятся дарующие энергию психоактивные вещества наподобие кокаина или амфетаминов, которые противостоят состоянию инертности и скованности, вызванной хронически заниженной самооценкой. В другом случае те же самые препараты могут стать источником силы для тех, кто достигает компенсации посредством более экспансивной защиты гипоманиакального характера. Те, у кого внутренняя дисгармония вызывает возбуждение или гнев, с радостью воспользуются успокаивающим действием опиатов. Алкоголь или другие седативные вещества со смягчающим эффектом будут воистину магическим снадобьем для людей, которые не признаются ни себе, ни другим в потребности в комфорте и контакте [3].

Аддикты страдают не только вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности

думать хорошо о себе, а, следовательно, и о других. Гораздо большие мучения им доставляют собственные защиты, с помощью которых эти люди пытаются скрыть свою уязвимость. Аддиктивная личность защищает поврежденное и уязвимое Я с помощью саморазрушающих защит: отказа от реальности, утверждения собственной самодостаточности, агрессии и бравады. За это приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми.

В нашем исследовании мы изучали различия в степени принятия себя, оценки своих личностных качеств, активности, эмоционального тонуса, уровня напряжения, ощущения (переживания) комфортности, переживание своей способности влиять на события и ситуации между наркозависимыми и не имеющими аддиктивной направленности людьми. Исследование проводилось на базе стационарного отделения Херсонского областного наркологического диспансера.

Были сформированы две группы: экспериментальная, в которую вошли аддикты и контрольная, в которую вошли лица, не имеющие зависимости от наркотических веществ. Объем каждой группы был равен 20. Группы были подобраны одинаковыми по возрасту, полу, уровню образования. Участниками эксперимента были мужчины в возрасте от 20 до 30. Стаж «зависимости» членов экспериментальной группы находился в пределах от 1 до 10 лет.

В исследовании использовались методики: «Оценка психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности» и «Личностный дифференциал» [4].

Результаты исследования представлены в таблицах 1-2.

Как видно из таблицы 1, экспериментальная и контрольная группы различаются и количественно, и качественно по всем пяти параметрам опросника (различия значимы на 1% уровне; различие вычислялось с помощью t-критерия Стьюдента [5]). В контрольной группе наблюдаются высокие показатели по таким шкалам как: «психическая активация», «интерес», «эмоциональный тонус», «комфортность»; низкие показатели по шкале «напряжение». Можно говорить о том, что здоровые люди позитивно переживают ощущение своей вовлеченности в процесс жизнедеятельности, чувствуют при этом интерес к происходящему вокруг, ощущают комфорт, что допустимо интерпретировать как переживание чувства адаптированности, ощущения «твердой почвы под ногами», своей способ-

ности влиять на события и ситуации, в которые они оказываются вовлеченными. По шкале «напряжение», напротив, члены контрольной группы имеют низкие показатели, что может косвенно

свидетельствовать о переживании уверенности в своих силах, адекватности реагирования на себя и окружение, способности конструктивно справляться с трудностями.

Таблица 1

**Оценка состояний психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности. (в таблице приведены средние значения по группам)**

Психическое состояние	Оценка, баллы		Степень выраженности	
	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Психическая активация	16,1	4,3	Низкая	Высокая
Интерес	17,2	3,4	Низкая	Высокая
Эмоциональный тонус	20,5	3,1	Низкая	Высокая
Напряжение	21,0	7,4	Высокая	Низкая
Комфортность	20,3	5,7	Низкая	Высокая

В экспериментальной группе наблюдается противоположная картина. Ее члены имеют низкие показатели по шкалам: «психическая активация», «интерес», «эмоциональный тонус», «комфортность» и высокий показатель по шкале «напряжение». В данном случае можно говорить о переживании дефицита активности, интереса, отсутствия ощущения комфорта в жизни в целом.

Другими словами – ощущается скука, невовлеченность, беспомощность, неспособность что-либо изменить. Как следствие этого высокий показатель по шкале «напряжение», что реально проявляется в реакциях избегания участия в чем-либо, переживании своей «неполноценности», росте уровня тревоги, депрессии. В целом это можно обозначить понятием «дезадаптация».

Таблица 2

**Сравнительная таблица средних значений по методике «Личностный дифференциал» (факторы: оценка, сила, активность)**

Оценка		Сила		Активность	
Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа
3,5	7,0	5,5	6,5	4,5	7,0

По результатам использования опросника «Личностный дифференциал» стоит отметить, что члены контрольной группы принимают себя как личность, склонны осознавать себя как носителями позитивных, социально желательных характеристик, в определенном смысле удовлетворены собой, уверены в себе, независимы, склонны рассчитывать на свои силы в трудных ситуациях, им свойственна высокая активность, общительность.

Членам экспериментальной группы свойственны следующие характеристики: глобальная неудовлетворенность собой и своим поведением, уровнем достижений, особенностями личности; неадекватно жестко критичное отношение к себе, окрашенное негативными переживаниями, низкий уровень принятия самого себя, ощущение малой ценности своей личности; им свойственно переживание слабого самоконтроля,

зависимости от внешних обстоятельств и оценок, неспособность держаться принятой линии поведения, тревожность; ощущение своей пассивности, реактивность поведения.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявились значимые различия между экспериментальной и контрольной группами по следующим параметрам: уровень принятия себя как личности, уверенность, независимость, склонность рассчитывать на себя в трудных ситуациях, активность, уровень самоконтроля поведения, уровень тревожности, уровень напряжения, адекватность самооценки и самоотношения, ощущения комфортности.

Лицам, имеющим аддиктивные расстройства свойственно переживание собственной никчемности, ощущение «изгоя», высокий уровень тревоги и напряжения, отсутствие ощущения комфорта, отсутствие интереса к жизни, вовлечен-



ности в процесс жизнедеятельности и, как следствие, ощущение скуки, пустоты, «отгороженности» от мира.

Проведенное нами исследование позволяет предположить, что наиболее важными психологическими детерминантами аддиктивных расстройств являются: высокий уровень неприятия себя, вплоть до ненависти и презрения к собственной личности, низкая самооценка, негативное самоотношение, которое скрывается под маской псевдокритического отношения к себе, ощущение беспомощности и неспособности влиять на значимые события и людей своей жизни, постоянное переживание психологического дискомфорта, своего рода состояния «депримированности». Все вышеперечислен-

ные феномены индивидуально особым образом констеллируются и имеют своим следствием хронически присутствующее чувство душевной боли и страдания. Все вышеизложенное позволяет наметить пути психокоррекционной работы с индивидуумами, имеющими аддиктивные расстройства: работа в направлении большего принятия себя, осознания собственной ценности как личности, повышение способности самоконтроля и самокоррекции реакций и поведения в целом, снижение уровня тревоги и напряжения, более адекватное отношение к себе. С нашей точки зрения именно возникновение тенденции адекватного отношения к себе и принятия себя является критерием успешности психокоррекционной работы.

*I. I. Garkusha, V. G. Gretsov, O. Yu. Blinov*

## ДЕЯКІ ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ АДДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ

Херсонський обласний наркологічний диспансер

У статті розглядаються основні детермінанти виникнення і розвитку аддиктивної поведінки. До таких автори відносять: низький рівень прийняття себе, відчуття своєї нікчемності, низьку самооцінку і низький рівень емоційного і поведінкового самоконтролю у осіб, що мають хімічну залежність. Ці ж чинники, на думку авторів, є причинами частих рецидивів у аддиктивів, поверненню їх до вживання психоактивних речовин. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.118-121)

*I.I. Garkusha, V.G. Gretsov, O.Yu. Blinov*

## SOME PSYCHOLOGICAL DETERMINERS OF THE ADDICTIONAL DISORDERS

Kherson Regional Narkological Dispensary

The basic determiners of the appearance and development of addictional behaviour are examined. Like those the authors treat: the low level of self-adoption, the feeling of the own uselessness, the low self-valuation, the low level of the emotional and behavioral self-control of the persons, who have a chemical dependence. The same factors, to the authors' mind, are the reasons of the often relapses of the addicts, their return to the usage of psycho-active substances. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.118-121)

### *Литература*

1. Буш М., Каронна Эл.Б., Спратт С.Е., Бигби Дж.-Э. Злоупотребление наркотическими веществами и отношения в семье // Наркология / под ред. Фридман Л.С. и др. — М.-СПб., 1998
2. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 240 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 85).
3. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1998.
4. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной

- психологии / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. — СПб.: Питер, 2003. — 560 с.
5. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии — Санкт-Петербург, 1996. — 349 с.
6. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология — Ленинград: Медицина, 1991. — 301 с.
7. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике — СПб.: Питер Ком, 1999. — 517 с.
8. Гребенюк А.А. Психологическая зависимость от наркотических веществ. Симферополь, 1999.
9. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. — Самара: Самарский университет, 2000. — 64 с.

Поступила в редакцию 28.05.2004

УДК: 616.118:616.8-008.64:612.013.004.12

*І. В. Дроздова***АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ: ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ**

Кримський республіканський НДІ фізичних методів лікування і медичної кліматології ім. І.М. Сеченова, санаторій «Ай-Петрі», м. Ялта

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, афективні розлади, якість життя, SF-36

ВООЗ рекомендує визначати ЯЖ, як індивідуальне співвідношення свого стану в житті суспільства в контексті культури та систем цінностей цього суспільства, із завданням (бажаннями) даного індивідуума, з його планами, можливостями та ступенем загального невлаштування [4]. Виділено ряд критеріїв ЯЖ і їх складові, які в основному і вивчаються: фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (позитивні емоції, мислення, пам'ять, концентрація уваги, самооцінка, вигляд, негативні переживання); рівень самостійності (буденна активність, працездатність, залежність від лікування та ліків); суспільне життя (взаємовідношення, суспільна цінність об'єкта, сексуальна активність); довколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, якість та доступність медичного та соціального забезпечення,

доступність інформації, можливість освіти та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія); духовність (релігія, особисті переконання) [10].

Особливу актуальність набуває проблема патології афективної сфери, тривожних і депресивних розладів. Загалом, у популяції майже 30% дорослого населення зазнають відчутної депресії чи тривоги, які несприятливо впливають на соціальне функціонування людини. Зростаюча актуальність проблеми депресій, обумовлена їх значною розповсюдженістю, пояснюється суттєвим впливом захворювання на ЯЖ і соціальне функціонування особистості, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем обумовлених ними суїцидів.

Мета дослідження - визначення особливостей оцінки ЯЖ у хворих м'якою та помірною артеріальною гіпертензією (АГ) з афективними розладами.

**Матеріал і методи дослідження**

Відкрите контрольоване дослідження охоплювало 125 хворих есенціальною АГ 1-2 ступеня. Дизайн дослідження: критерії включення - наявність стабільної АГ 1-2 ступеня, вік від 30 до 60 років; критерії виключення - наявність клінічно вагомої супутньої патології.

Хворі були розподілені на 4 групи. У 1 групу увійшло 52 хворих м'якою АГ, що не мали на момент обстеження зниженого настрою - субдепресії (ЗНСД); у 2 групу - 21 хворий м'якою АГ, які мали ЗНСД; у 3 групу - 30 хворих помірною АГ без ЗНСД; у 4 групу - 22 хворих помірною АГ із ЗНСД. У 1 і 2 групи загалом увійшло 73 хворих м'якою АГ, середній вік яких складає  $47,5 \pm 3,3$  роки; тривалість захворювання -  $6,3 \pm 3,5$  роки; серед них чоловіків - 33; жінок - 40 осіб; службовців - 60; робітників - 5; не працюючих - 8 осіб; вищу освіту мали - 62; середню спеціальну - 5; середню - 6 осіб. Серцева недостатність I ст. (по NYNA) була у 4 осіб. У 3 і 4 групи увійшло 52 хворих помірною АГ; се-

редній вік яких складає  $52,3 \pm 4,2$  роки; тривалість захворювання -  $9,4 \pm 2,2$  роки; чоловіків - 24; жінок - 28; службовців - 48; робітників - 2; не працюючих - 2; вищу освіту мали - 50; середню спеціальну - 2 особи. Серцева недостатність I ст. (по NYNA) була у 51 особи, II ст. - у 1 особи.

Хворі АГ самостійно протягом 15 хвилин заповнювали ОП SF-36. Визначення критеріїв ЯЖ за ОП SF-36 відбувалося на основі перекодування первинних даних за методом сумації рейтингів Лікерта. Кількісно оцінювались наступні показники ЯЖ: фізична активність (ФА), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), біль (Б), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ), соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ), здоров'я в порівнянні з минулим роком (ЗР) [3].

Для визначення ступеня ЗНСД використовували шкалу зниженого настрою - субдепресії, яка базується на ОП В. Зунга, адаптованого Т.М.

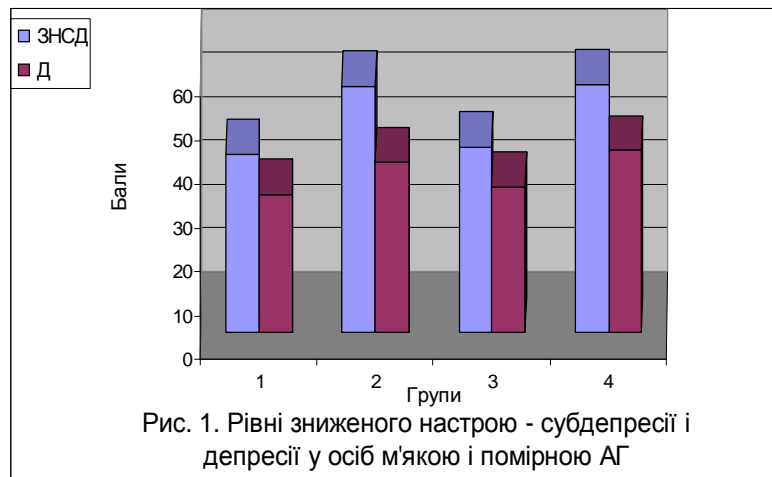
Балашовою. Для діагностики депресивних станів використовувалась шкала депресії науко-

во-дослідного інституту психоневрології ім. В.М. Бехтерева [1,2].

### Результати дослідження та їх обговорення

У хворих АГ ЗНСД зустрічаються у 34,0% випадків; у хворих м'якою АГ - у 28,8%; у хворих помірною АГ - у 42,3% випадків. Рівень ЗНСД підвищується вірогідно у осіб 2 групи на 38,0% і у осіб 4 групи - на 39,1%; у осіб 3 групи спостерігається тенденція до підвищення на 4,2% у порівнянні з особами 1 групи (Рис.1).

Рівень Д підвищується вірогідно у осіб 2 групи на 23,1%; у осіб 4 групи - на 37,6%; у осіб 3 групи спостерігається лише тенденція до підвищення на 6,0% у порівнянні з особами 1 групи. З прогресуванням АГ значною мірою збільшуються рівні ЗНСД і Д, що, в свою чергу, призводить до більш негативної оцінки ЯЖ хворими АГ.



У хворих м'якою і помірною АГ знижена здатність виконання діяльності, що пов'язана із фізичними навантаженнями; фізичний стан хворих АГ обмежує їх повсякденну діяльність, заважає участі у виробничій діяльності. Значної інтенсивності досягає больовий синдром, знижена активність хворих, підвищена втомлюваність. Зниження фізичної активності хворих м'якою і помірною АГ вагомо впливає на обмеження соціального функціонування, незважаючи на досить високий рівень життєздатності.

Фізичний статус (ФС) хворих АГ характеризується трьома параметрами: фізична активність (ФА); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), біль (Б) [3]. В порівнянні із особами 1 групи у осіб 2 групи мали тенденцію до зниження ФА на 2,0%, РФ - на 26,2%, Б - на 8,4%; у осіб 3 групи вірогідно знижувались ФА - на 11,8% і РФ - на 31,4%, мала тенденцію до зниження Б - на 3,3%; у осіб 4 групи вірогідно знижувались ФА - на 27,5%, РФ - на 47,1% і Б - на 31,8%. В порівнянні із особами 2 групи у осіб 4 групи вірогідно знижувалася ФА - на 26,0% і мали тенденцію до зниження РФ - на 16,9% і Б - на 21,6%. Зниженню показників ФА і РФ у хворих м'якою і помірною АГ відповідають обмеження можливості виконання ними значних фізичних навантажень та активності в буденній життєдіяльності. Навпаки,

зниження показника Б, свідчить про вагомий вплив больових відчуттів на щоденну діяльність хворих.

Психічний статус (ПС) оцінюється трьома параметрами: соціальна активність (СА), психічне здоров'я (ПЗ) та обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем (РЕ) [3]. В порівнянні із особами 1 групи у осіб 2 групи мали тенденцію до зниження ПЗ - на 25,4%, СА - на 13,3%, РЕ - на 33,6%; у осіб 3 групи - ПЗ - на 9,2%, СА - на 2,1%, РЕ - 17,7%; у осіб 4 групи - вірогідно знижувались ПЗ - на 39,4%, СА - на 24,0%, РЕ - на 64,6%. В порівнянні із особами 2 групи - у осіб 4 групи мають тенденцію до зниження ПЗ - на 11,2%, СА - на 23,2%, РЕ - на 11,2%. Зниження показників СА і ПЗ у осіб м'якою і помірною АГ при наявності ЗНСД свідчать про обмеження соціальної взаємодії, погіршення настрою і неспокій на протязі чотирьох тижнів перед обстеженням, а зниження показника РЕ - свідчить про значний вплив емоцій на буденну діяльність хворих.

Загальний стан здоров'я характеризується двома показниками: життєздатністю (ЖЗ) та загальною оцінкою стану здоров'я (ЗЗ) [3]. Існує ще один показник - погіршення стану здоров'я в порівнянні з минулим роком (ЗР), який характеризує суб'єктивну оцінку хворим свого здоров'я, та змін, що сталися протягом року. В порівнянні із особами 1 групи у осіб 2 групи мали

тенденцію до зниження ЖЗ - на 16,6%, ЗЗ - на 12,2%, ЗР - на 11,0%; у осіб 3 групи вірогідно знижувалось ЗЗ - на 23,4%, мали тенденцію до зниження - ЖЗ - на 1,8% і ЗР - на 4,8%; у осіб 4 групи вірогідно знижувалися ЖЗ - на 31,3% і ЗЗ - на 39,4%, мали тенденцію до зниження ЗР - 17,3%. У осіб 4 групи, в порівнянні із особами 2 групи знижувалися ЖЗ - на 12,4%, ЗЗ - на 11,2%, ЗР - на 19,5%, але це зниження не було статистично значущим. Зниження показників ЖЗ, ЗЗ і ЗР у хворих м'якою і помірною АГ при наявності ЗНСД свідчать про значне погіршення соматичного здоров'я.

Для хворих м'якою і помірною АГ із ЗНСД характерними є негативна оцінка особистості, зовнішнього світу і майбутнього. У осіб м'якою АГ із ЗНСД провідними причинами погіршення ЯЖ є роль фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне здоров'я і життєздатність. У осіб помірною АГ із ЗНСД збільшується кількість провідних причин погіршення ЯЖ: роль фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне і загальне здоров'я, біль, життєздатність. Для усіх хворих АГ із ЗНСД характерними є поява соматовегетативних порушень, зниження самооцінки та ідентифікація свого стану як захворювання.

Отримані результати свідчать про те, що у осіб із м'якою АГ із ЗНСД вірогідною причиною зниження ЯЖ є фізичний статус, тоді як у осіб із помірною АГ і ЗНСД - психічний і загальний статус.

Встановлення значення психологічних факторів у перебігу АГ у кожного конкретного пацієнта допоможе відповісти на питання про необхідність корекції цих факторів і призначення психотропних препаратів, надасть можливість визначити характер, тривалість і виразність впливу цих факторів на артеріальний тиск.

**Висновки.**

1. У хворих АГ виявлено значне погіршення ЯЖ за рахунок обмежень у фізичному, психологічному і соціальному аспектах життя.

2. Психологічні особливості хворих АГ значною мірою впливають на оцінку ЯЖ: у осіб м'якою АГ і ЗНСД провідною причиною зниження ЯЖ є фізичний статус, тоді як у осіб з помірною АГ і ЗНСД - психологічний і загальний статус.

3. Суб'єктивна оцінка ЯЖ за допомогою SF-36, поряд із об'єктивною оцінкою функціонального, психологічного і соціального статусу, мають бути покладені в основу оцінки ефективності реабілітації хворих АГ.

*И.В. Дроздова*

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова, санаторий «Ай-Петри», г. Ялта

Психологические особенности больных артериальной гипертензией (АГ) в значительной мере влияют на оценку качества жизни (КЖ): у больных мягкой АГ со сниженным настроением - субдепрессией (СНСД) ведущей причиной снижения КЖ является физический статус, тогда как у больных умеренной АГ с СНСД - психологический и общий статус. Субъективная оценка КЖ при помощи опросника SF-36 должна быть положена в основу оценки эффективности реабилитации больных АГ. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.122-124)

*I. V. Drozdova*

## **ARTERIAL HYPERTENSION AND AFFECTIVE DISORDERS: THE LIFE QUALITY ESTIMATION**

Crimea Republican Scientific-Research Institute of Physical Methods of Treatment and Medical Climatology named after I.M. Sechenov, Yalta

Psychological peculiarities of patients with arterial hypertension (AG) influence considerably to life quality (LQ) estimation: in patients with mild AG and lower mood-subdepression (LMSD), the main reason for LQ reduction is patients' physical status, while in patients with moderate AG and LMSD it is their psychological and general status. Subjective estimation on SF-36 must become the base of patients with AG rehabilitation effectiveness estimation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.122-124)

*Література*

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. - М.: Антидор, 2002. - 440 с.
2. Марута Н.А., Мороз В.В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). - Харьков: Арис, 2002. - 144 с.
3. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Методы

оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. - М., 1999. - 30 с.

4. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. - 1995. - Vol. 41. - P. 1403-1409.

Поступила в редакцию 31.05.2004

УДК 616.831: 616.89 – 008.454: 616 – 001.28

*М.О. Бомко***ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ДІЇ МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЕННЯ**

Науковий центр радіаційної медицини АМН України, Київ

Ключові слова: депресивні розлади, іонізуюче випромінення, магнітно-резонансна томографія

За даними епідеміологічних досліджень, однією з найбільш розповсюджених в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) являється цереброваскулярна патологія. Крім того, за післяварійний період захворюваність нервовими та психічними захворюваннями виросла в 2-5 та більше разів порівняно з аналогічними популяційними показниками [1, 2]. Особливо це відноситься до УЛНА на ЧАЕС 1986-1987 рр. Саме у них відмічається найбільш висока захворюваність на хвороби нервової системи та органів чуття і найбільш високий рівень розладів психіки та поведінки [1, 3].

Серед розладів психіки та поведінки на особливу увагу заслуговують депресивні розлади. Адже, за даними ВООЗ, вони являються найбільш поширеною психопатологічною симптоматикою, кількість якої постійно зростає [4].

**Матеріали та методи дослідження**

У відділі радіаційної психоневрології Інституту клінічної радіології Наукового центру радіаційної медицини АМН України було обстежено 54 УЛНА на ЧАЕС 1986 року, які знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні неврології з приводу дисциркуляторної енцефалопатії. Всі обстежені були чоловіками в віці від 35 до 54 років (середній вік  $45,6 \pm 5,1$ ) опромінені в дозах від 0,1 до 1 Зв (середня доза опромінення  $0,4 \pm 0,2$  Зв). Критеріями відбору були відсутність грубої вогнищевої симптоматики, гострих порушень мозкового кровообігу та черепно-мозкових травм в анамнезі, зловживання алкоголем або психотропними речовинами.

На підставі традиційного психопатологічного та нейрофізіологічного обстеження у всіх хворих були діагностовані органічні психічні розлади різного ступеню важкості.

Застосування шкали самооцінки депресії Зунга (SDS) (Zung Self-Rating Depression Scale) [7]

В УЛНА на ЧАЕС депресивні симптоми часто зустрічаються в структурі неврологічних та соматичних захворювань і ускладнюють їх перебіг. Вони викликають більш часті загострення хронічних захворювань та призводять до терапевтичної резистентності цих захворювань. Що, в свою чергу, може стати причиною соціально-побутової декомпенсації хворих [5].

За останні роки збільшилась кількість публікацій з описанням клінічної картини депресивних розладів та нейрофізіологічних змін при цих розладах в УЛНА на ЧАЕС [5, 6]. Але питання про морфологічні зміни в структурах головного мозку при симптомах депресії в УЛНА на ЧАЕС до цього часу вивчено недостатньо.

Метою даної роботи було вивчити морфологічні зміни в структурах головного мозку в УЛНА на ЧАЕС, у яких була виявлена депресивна симптоматика.

дозволило розділити хворих на дві групи:

Група 1 – 41 УЛНА на ЧАЕС, які за шкалою самооцінки депресії Зунга розцінили свій стан як депресивний (загальний бал від 54 до 88, середній бал –  $66,7 \pm 8$ ). Вік на момент обстеження 35-54 роки (середній вік –  $45 \pm 4,6$  років), доза опромінення від 0,1 до 1 Зв (середня доза  $0,4 \pm 0,2$  Зв).

Група 2 – 13 УЛНА на ЧАЕС, які за шкалою самооцінки депресії Зунга не виявили депресивної симптоматики (загальний бал від 35 до 50, середній бал –  $44,7 \pm 5,6$ ) та зазнали впливу іонізуючого опромінення в дозах від 0,1 до 0,8 Зв (середня доза  $0,4 \pm 0,2$  Зв). Вік на момент обстеження 35-54 роки (середній вік  $47,5 \pm 6$  років).

Слід зауважити, що на момент обстеження, за віком та дозою опромінення групи не відрізнялись одна від одної ( $t=1,5$ ;  $p>0,05$  та  $t=0,2$ ;  $p>0,05$ ), відповідно.

Для уніфікованої кількісної оцінки основних

психопатологічних симптомів та психопатології загалом, використовували коротку шкалу оцінки психічного стану (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) [8].

За допомогою опитувальника GHQ-28 [9] оцінювали соматоформні симптоми, тривогу та безсоння, соціальну дисфункцію і тяжку депресію. Бали підраховували за методом Лікерта (0-1-2-3).

Для оцінки функціонального стану головного мозку проводили нейрофізіологічні дослідження. Ці дослідження виконували в кабінеті електроенцефалографії у першій половині дня у стані пасивного неспання пацієнта. Використовували комп'ютерний аналіз і топографічне картирування електроенцефалограми (ЕЕГ). Комп'ютерну ЕЕГ (КЕЕГ) реєстрували за допомогою 16-канального аналізатора DX-4000 (Харків, Україна).

Магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку виконували в кабінеті магнітно-резонансної томографії відділення рентгенології клініки НЦРМ АМН України на магнітно-резонансному томографі SMT-50X з напруженістю магнітного поля 0,5 Тл виробництва компанії "Schimadzu" (Японія). Аксиальні, сагітальні та коронарні зображення досліджували в режимах T1, T2 та режимі протонної щільності (proton density, PD). Проводили якісну та кількісну оці-

нку виявлених вогнищевих та дифузних змін. Кількісна оцінка включала в себе виявлення зовнішньої церебральної атрофії завдяки оцінки середньої ширини конвексигальних борізід, для виявлення внутрішньої атрофії проводили виміри бокових та третього шлуночків. Отримані розміри шлуночкової системи були стандартизовані обчисленням індексу тіл бокових шлуночків, передніх рогів бокових шлуночків, індексу Хакмана та індексу третього шлуночку [10, 11]. Для виявлення мікро-змін в структурах головного мозку, була обчислена контрастність між ліквором та структурами головного мозку за формулою: коефіцієнт контрастності (С)=(І ліквору-І структури)/(І ліквору +І структури) x 100 % [12, 13], де І ліквору – інтенсивність МР-сигналу від ліквору в області шлуночків мозку на T<sub>2</sub>-взважених томограмах головного мозку, а І структури – інтенсивність МР-сигналу від досліджуваної структури на T<sub>2</sub>-взважених томограмах головного мозку.

Результати досліджень зберігались в електронних таблицях Excel. Математичний аналіз здійснювали за допомогою загальноновизнаних методів статистичної обробки медичної інформації [14], а також в електронних таблицях Excel [15] та за допомогою статистичної програми STATISTICA [16].

### Результати дослідження та їх обговорення

За МКХ-10 пацієнтам обох груп частіше всього виставляли наступні клінічні діагнози: органічний розлад особистості (F07.0) – 17 випадків (відносна частота – 0,31) та органічний емоційно-лабільний розлад (F06.6) – 17 випадків (0,31). Але за кількістю пацієнтів з такими діагнозами групи не відрізнялись одна від одної. Органічний депресивний розлад

(F06.32) та органічний тривожний розлад (F06.4) виявлені лише у пацієнтів 1-ї групи, 15 (0,28) та 5 (0,1) випадків, відповідно. Але достовірна різниця між групами виявлена тільки для органічного депресивного розладу (F06.32) ( $\chi^2=3,9$ ;  $p<0,05$ ).

Результати використання діагностичних шкал і тестів наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Середні значення діагностичних шкал і тестів

Діагностична шкала або тест	Група 1 (n=41), M±SD	t	p	Група 2 (n=13), M±SD
Коротка психіатрична оціночна шкала (BPRS)	11,5±3,6	2,6	<0,05	8,2±4
Опитувальник загального здоров'я (GHQ-28):	47,1±10,6	4,2	<0,01	33,1±10,8
• GHQ-28 A	13,7±3,3	1,5	>0,05	12,2±3,7
• GHQ-28 B	12,9±4,4	2,8	<0,01	9,2±3,6
• GHQ-28 C	12,2±3,8	2,4	<0,05	9,5±3
• GHQ-28 D	8,6±3,9	5,5	<0,001	2,3±1,9

За шкалою BPRS в обстежених 1-ї групи в порівнянні з пацієнтами 2-ї групи достовірно частіше зустрічались соматична стурбованість, депресивний настрій, тривога та напруженість.

За даними GHQ-28 було встановлено, що пацієнти обох груп розцінюють стан свого соматичного здоров'я як незадовільний. Порівняно з пацієнтами 2-ї групи, обстежені 1-ї групи достовірно частіше відмічають тривогу, безсоння та симптоми тяжкої депресії, що призводять до їх соціальної дисфункції.

Слід відмітити, що у 33-х пацієнтів 1-ї групи був виявлений тривожно-депресивний синдром (0,8). Астено-депресивний синдром було діагностовано у 8-ми (0,2) пацієнтів 1-ї групи.

При експертній оцінці ЕЕГ та при візуальній оцінці магнітно-резонансних зображень достовірної різниці між пацієнтами 1-ї та 2-ї груп виявлено не було.

Результати КЕЕГ та морфометричної оцінки магнітно-резонансних зображень наведені в таблицях 2 та 3.

Таблиця 2

**Порівняльна характеристика результатів КЕЕГ та даних морфометричної оцінки магнітно-резонансних зображень для пацієнтів з астено-депресивним синдромом та пацієнтів 2-ї групи**

Результати КЕЕГ та морфометричної оцінки магнітно-резонансних зображень	Пацієнти з астено-депресивним синдромом (n=8), M±SD	t	p	Група 2 (n=13), M±SD
Відносна спектральна щільність дельта-діапазону в правій лобній ділянці, %	30,8±4,5	2,2	<0,05	25,7±5,4
Абсолютна спектральна щільність потужності дельта-діапазону в правій лобній ділянці, мкВ <sup>2</sup> /Гц	12±2,5	3	<0,01	8,8±2,2
Коефіцієнт контрастності білої речовини правої скроневої частки відносно лікворної системи мозку, %	40,2±3,3	2,2	<0,05	34,7±5,2

Таким чином, у пацієнтів з діагностованим астено-депресивним синдромом коефіцієнт контрастності білої речовини правої скроневої ділянки відносно лікворної системи мозку був достовірно більшим, ніж у пацієнтів 2-ї групи, що свідчить про її підвищене функціонування [13], тобто – іритацію. В свою чергу, іритація правої скроневої частки призводить до збільшення вмісту та потужності дельта-ритму в правій лобній долі.

При проведенні кореляційно-регресійного аналізу астенічної депресії з морфо-функціональним станом структур головного мозку, було виявлено зростання коефіцієнту контрастності

білої речовини правої лобної частки, тобто її гіперфункцію, відносно лікворної системи головного мозку (коефіцієнт кореляції –  $r=0,46$ ;  $p<0,05$ ) із зменшенням рівня тривоги.

Для пацієнтів з тривожно-депресивним синдромом крім підвищення коефіцієнту контрастності білої речовини правої скроневої частки, характерне зменшення коефіцієнту контрастності правого таламуса відносно лікворної системи мозку, що свідчить про його гіпофункцію [13]. Тобто, ми спостерігаємо зменшення функціонування серединних структур правої півкулі, що може призводити до зменшення їх синхронізуючої гальмівної функції [17].

**Порівняльна характеристика даних морфометричної оцінки магнітно-резонансних зображень для пацієнтів з тривожно-депресивним синдромом та пацієнтів 2-ї групи**

Результати морфометричної оцінки магнітно-резонансних зображень	Пацієнти з тривожно-депресивним синдромом (n=33), M±SD	t	p	Група 2 (n=13), M±SD
Коефіцієнт контрастності білої речовини правої скроневої частки відносно лікворної системи мозку, %	38,6±3,4	2,2	<0,05	35,3±4,7
Коефіцієнт контрастності правого таламуса відносно лікворної системи мозку, %	28,2±4,5	2,1	<0,05	31,2±2,8

Таким чином, згідно з отриманими нами даними, причиною виникнення тривожної та депресивної симптоматики може бути як зменшення інгібуючого транскалозного контролю домінуючої (правої) півкулі домінуючої (лівою) [18, 19], так і гіпофункція лімбічної системи [18], що зумовлює інтенсивні порушення центральної регуляції вегетативних функцій і виникнення тривожної та депресивної симптоматики [19].

Таким чином, при наявності депресивної симптоматики в УЛНА на ЧАЕС спостері-

гається патологічне функціонування правої півкулі головного мозку. Це відбувається за рахунок порушення синхронізуючої гальмівної системи неспецифічних таламічних ядер та зменшення контролю з боку домінуючої (лівої) півкулі, що, в свою чергу, призводить до збільшення патологічної активності в правій лобно-скроневої ділянці. При цьому, суб'єктивним проявом цих структурно-функціональних змін являється астено-депресивна та тривожно-депресивна симптоматика.

*М.А. Бомко*

**ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Научный центр радиационной медицины АМН Украины, Киев

Обследовано 54 УЛПА на ЧАЭС с дисциркуляторной энцефалопатией. Из них 41 человек с депрессивными расстройствами, по шкале самооценки депрессии Зунга, и 13 – без депрессивной симптоматики. Для выявления структурно-функциональных изменений головного мозга производили компьютерную ЭЭГ с картированием, качественную и количественную оценку магнитно-резонансных изображений. У УЛПА на ЧАЭС с депрессивными расстройствами выявлены патологические структурно-функциональные изменения в правой лобно-височной доле и в правом таламусе. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.125-129)

*М.А. Бомко*

**DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN DAMAGE IN REMOTE PERIOD OF LOW DOSES EXPOSURE TO IONIZING RADIATION**

Scientific Centre of Radiation Medicine Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

54 clean-up workers of the Chernobyl accident aftermath with encephalopathy were examined. Using Zung Self-Rating Depression Scale, depressive disorders were discovered in 41 of them and in 13 – weren't. Computed EEG with mapping, qualitative and quantitative estimates of magnetic-resonance images were carried out. Pathological structural and functional changes in right frontal and temporal lobes and in right thalamus were discovered in clean-up workers with depressive disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.125-129)



## Література

1. Иванов В.К., Цыб А.Ф., Иванов С.И., Максютов М.А., Питкевич В.А., Бирюков А.П., Горский А.И., Рас топчин Е.М., Меских Н.Е. Ликвидаторы Чернобыльской катастрофы: радиационно-эпидемиологический анализ медицинских последствий. — М.: Галанис, 1999. — 312 с.
2. Бузунов В.А., Страпко Н.П., Пирогова Е.А., Красникова Л.И., Каргушин Г.И., Войчулене Ю.С., Домашевская Т.Е. Эпидемиология неопухолевых болезней участников ликвидации последствий Чернобыльской аварии // *Int. J. Rad. Med.* — 2001. — Vol. 3, № 3–4. — Р. 9–25.
3. Бебешко В.Г., Базыка Д.А., Нягу А.И., Логановский К.Н. Оценка состояния здоровья персонала Чернобыльской АЭС и „Объекта “Укрытие””. Медицинские проблемы при выводе Чернобыльской АЭС из эксплуатации. / Наукові та технічні аспекти міжнародного співробітництва в Чорнобилі; Під ред. В.М. Глигала, А.В. Косовського. — К.: Вища школа. — 2001. — Вип. 3. — С. 570-586.
4. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. — М.: Мед. информ. агенство, 2001. — 256 с.
5. Румянцева Г.М., Левина Т.М., Чинкина О.В. Депрессии и их роль в формировании психосоматической заболеваемости у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. // *Рос. психiatr. журн.* — 1998, № 5. — С. 52-56.
6. Логановский К.Н. Нейрофизиологические основы формирования экзогенно-органических церебральных нарушений после воздействия ионизирующих излучений. // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* — 2001. — № 1 (8). — С. 70-75.
7. Aragones Benagies E., Masdeu Montala R.M., Cando Guasch G., Coll Borrás G. Diagnostic validity of Zung's self-rating depression scale on primary care patients. // *J. Pain Symptom. Manage.* — 2001. — Vol. 29, № 5. — P. 310-316.
8. Lachar D., Bailley S.E., Rhoades H.M., Espadas A., Aponte M., Cowan K.A., Gummatira P., Kopecky C.R., Wassef A. New subscales for an anchored version of the Brief Psychiatric Rating Scale: construction, reliability, and validity in acute psychiatric admissions. // *Psychol. Assess.* — 2001. — Vol. 13, № 3. — P. 384-395.
9. Goldberg D., Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. — London: NFER-NELSON, 1991. — 129 p.
10. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2: когнитивные нарушения. // *Неврологический журнал.* — 2001. — №3. — С.10-19.
11. Беличенко О.И., Дадвани С.А., Абрамова Н.Н., Терновой С.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике цереброваскулярных заболеваний. — М.: Видар, 1998. — 112 с.
12. Магнитный резонанс в медицинской практике. Основной учебник Европейского форума по магнитному резонансу. Под ред. Ринка П.А. — Берлин, 1993. — 228 с.
13. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. — Т. 1. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 744 с.
14. Минцер О.П., Угаров Б.Н., Власов В.В. Методы обработки медицинской информации. — К.: Вища школа, 1991. — 271 с.
15. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 320 с.
16. Гойко О.В. Практичне використання пакета STATISTICA для аналізу медико-біологічних даних (навчальний посібник). — Київ, 2004. — 76 с.
17. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). Изд. 2-е, исправл. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 368 с.
18. Joseph R. Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience. Emotion, evolution, cognition, language, memory, brain damage, and abnormal behaviour. — 2<sup>nd</sup> ed. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. — 864 p.
19. Flor-Henry P. Cerebral basis of psychopathology. — Boston: Jhon Wright, PSG Inc., 1983. — 357 p.

Поступила в редакцию 1.06.2004

УДК 616.895.8.+813.816+616.89-008.1:575:34

*А.А. Двирский***КРИМИНАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Ключевые слова: шизофрения, алкоголизм, общественно опасные действия, образование, семейное положение

На протяжении 130 лет проблема выявления факторов, способствующих совершению криминальных действий больными помешательством, а в последующем шизофренией, относится к числу актуальных проблем психиатрии. В многочисленных работах указывалось на криминогенное влияние сопутствующего алкоголизма у больных шизофренией, а также отмечалось значение уровня образования и семейного положения в качестве факторов риска совершения ими правонарушений [1-6]. При анализе влияния алкоголизма на частоту общественно опасных действий у больных шизофренией алкоголизм не подразделялся на люцидный и психотический,

а также не проводились эпидемиологические исследования при изучении судебно – психиатрических аспектов у этих больных. Вместе с тем, установлено [7], что сопутствующий синдром алкогольной зависимости и перенесенный алкогольный делирий оказывают влияние на течение шизофренического процесса.

Целью работы явилось изучение частоты и характеристики общественно опасных действий, а также уровня образования и семейного положения у больных шизофренией с синдромом алкогольной зависимости и больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, выявленных в результате проведения эпидемиологических исследований.

**Материал и методы исследования**

Обследовано 1336 больных шизофренией, русских и украинцев, проживающих в г. Симферополе и состоящих на диспансерном и консультативном учете в Крымском республиканском психиатрическом диспансере. Среди них обнаружено 222 больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, среди которых было 173 больных шизофренией в сочетании с синдромом алкогольной зависимости, 44 больных шизофренией с алкогольным делирием в состоянии отмены, 2 больных шизофренией с алкогольным галлюцинозом и 3 больных шизофренией с алкогольным параноидом.

Уровень образования, семейное положение и общественно опасные действия определялись у 173 больных шизофренией, коморбидной с синдромом алкогольной зависимости, и у 44 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий. Контрольная группа состояла из 404 больных шизофренией, русских и украинцев, без со-

путствующего алкоголизма, а также без скрытой и проявившейся эпилепсии. В изучаемые контингенты больных шизофренией входили русские и украинцы, так как клинические проявления шизофрении у них обнаруживают отличия в сравнение с представителями этносов Крыма [8].

Диагностика шизофрении, синдрома алкогольной зависимости, алкогольного делирия в состоянии отмены, алкогольного галлюциноза и алкогольного параноида проводилась в пределах границ МКБ – 10 [9]. Квалификация и систематика общественно опасных действий проводилась в соответствии с систематикой, используемой сотрудниками Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии [10]. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium в операционной системе Windows - 98 с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel [11].

**Результаты исследования и их обсуждение**

Среди 1336 больных шизофренией, проживающих в г. Симферополе, алкоголизм обнару-

живался в 16,6% случаев. Среди них частота больных шизофренией, коморбидной с синдро-

мом алкогольной зависимости (12,9%), наблюдалась в 3,5 раза чаще в сравнении с больными шизофренией, перенесшими алкогольный делирий в состоянии отмены (3,4%) ( $p<0,001$ ). Алкогольный галлюциноз (0,1%) и алкогольный параноид (0,2%) у обследованных больных шизофренией выявлялись очень редко и поэтому анализ общественно опасных действий и социальных факторов проводился у больных шизофренией в сочетании с синдромом алкогольной зависимости и у больных шизофренией с алкогольным делирием в анамнезе.

Общая частота общественно опасных действий (табл. 1) у 217 больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом (29,5%) в 1,8 раза выше, чем у 404 больных шизофренией контрольной группы (16,8%) ( $p<0,01$ ). У этих больных шизофренией, в сравнении с сопоставляемым контингентом больных, отмечается увеличение в 2,7 раза частоты криминальных действий против личности (11,5%), что происходит в результате увеличения (в 2,2 раза) телесных повреждений (7,8%), а также повышения (в 2,2 раза) частоты имущественных деяний (12,4%) ( $p<0,05$ ).

Таблица 1

**Общественно опасные действия у больных шизофренией, коморбидной с различными вариантами алкоголизма, и в контрольной группе (%)**

Вид криминальных действий	Шизофрения с алкогольной зависимостью (N=173)	Шизофрения с алкогольным делирием (N=44)	Шизофрения с алкоголизмом (N=217)	Контрольная группа (N=404)
	%±m	%±m	%±m	%±m
Хулиганские действия	2,9±1,3	6,8±3,8	3,7±1,3	6,2±1,2
Против личности, в т. ч.	12,1±2,5	9,0±4,3	11,5±2,2	4,2±1,0
-убийства, покушение на убийство, угроза убийством	1,7±1,0	4,5±3,1	2,3±1,0	0,5±0,3
-телесные повреждения	8,7±2,1	4,5±3,1	7,8±1,8	3,5±0,9
-половые преступления	1,7±1,0	--	1,4±0,7	0,2±0,2
Имущественные деяния	14,5±2,7	4,5±3,1	12,4±2,2	5,7±1,7
Прочие:	2,3±1,1	--	1,9±0,9	0,7±0,4
Всего с ООД	31,8±3,5	20,3±6,1	29,5±3,1	16,8±1,9

Дальнейшее проведение анализа в группах больных шизофренией с различными вариантами алкоголизма (табл. 1) выявило увеличение в 1,9 раза частоты общественно опасных деяний у 173 больных шизофренией, коморбидной с синдромом алкогольной зависимости (31,8%), по отношению к контрольной группе больных шизофренией (16,8%) ( $p<0,001$ ). Это обусловлено возрастанием у них в 3,6 раза частоты правонарушений против личности (12,1% против 4,2%,  $p<0,01$ ), среди которых преобладали в 2,5 раза телесные повреждения (8,7% против 3,5%,  $p<0,05$ ). Кроме того, имущественные правонарушения у больных шизофренией с синдромом алкогольной зависимости (14,5%) выявлялись в 2,5 раза чаще, чем у пациентов контрольной

группы (5,7%) ( $p<0,01$ ). В общей частоте и частоте отдельных правонарушений не выявлено различий (табл. 1) у 44 больных шизофренией с алкогольным делирием в анамнезе и в сопоставляемом контингенте больных шизофренией ( $p>0,3$ ).

У больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом (табл. 2), образование 8 классов (35,5%) обнаруживается в 1,4 раза чаще, а среднее специальное образование (8,3%) – в 1,9 раза реже в сравнении с контрольными исследованиями, в которых эти величины составляли 24,5 и 15,6% ( $p<0,01$ ). Частота пациентов с начальным, средним образованием, а также с незаконченным высшим и высшим образованием (табл. 2) у этих больных шизофренией не отличалась ( $p>0,3$ ).

**Уровень образования у больных шизофренией, коморбидной с различными вариантами алкоголизма, и в контрольной группе (%)**

Уровень образования	Шизофрения с алкогольной зависимостью (N=173)	Шизофрения с алкогольным делирием (N=44)	Шизофрения с алкоголизмом (N=217)	Контрольная группа (N=404)
	%±m	%±m	%±m	%±m
Начальное	2,3±1,0	2,3±2,2	2,3±1,0	1,7±0,6
8 классов	35,8±3,6	34,1±7,1	35,5±3,2	24,5±2,1
Среднее	41,0±3,7	36,4±7,2	40,1±3,3	45,3±2,5
Среднее специальное	6,4±1,9	15,9±5,5	8,3±1,9	15,6±1,8
Незаконченное высшее	4,1±1,5	2,3±2,2	3,7±1,3	4,0±1,0
Высшее	10,4±2,3	9,1±4,3	10,1±2,0	8,9±1,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди больных шизофренией с синдромом алкогольной зависимости (табл. 2) частота случаев с образованием 8 классов (35,8%) была в 1,5 раза больше, а со среднее специальным образованием (6,4%) – в 2,4 раза меньше, чем у больных шизофренией в контрольной группе (соответственно 24,5 и 15,6%) ( $p < 0,01$ ). Распределение по уровню образования больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, было конгруэнтно (табл. 2) в сопоставляемом контрольном контингенте больных шизофренией ( $p > 0,3$ ).

В распределении пациентов по характеристикам семейного положения в контингенте больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, в сравнении с контрольными исследова-

ниями (табл. 3), обнаруживается повышение в 1,3 раза разведенных (35,0% против 27,2%,  $p < 0,05$ ). Выявленная тенденция к увеличению (на 7,0%) этих пациентов отмечается у больных шизофренией, коморбидной с синдромом алкогольной зависимости (34,2%).

У больных шизофренией с алкогольным делирием в анамнезе общая частота пациентов, состоящих в браке и вновь вступивших в брак (47,8%), в 1,5 раза выше, чем в сопоставляемой контрольной группе больных шизофренией (31,4%) ( $p < 0,05$ ). Отмеченное различие у них обусловлено уменьшением в 2,6 раза частоты пациентов, не состоящих в браке (13,6% против 39,4%,  $p < 0,01$ ).

Таблица 3

**Семейное положение у больных шизофренией, коморбидной с различными вариантами алкоголизма, и в контрольной группе (%)**

Семейное положение	Шизофрения с алкогольной зависимостью (N=173)	Шизофрения с алкогольным делирием (N=44)	Шизофрения с алкоголизмом (N=217)	Контрольная группа (N=404)
	%±m	%±m	%±m	%±m
Не состояли в браке	38,7±3,7	13,6±5,2	33,6±3,2	39,4±2,4
В браке	21,4±3,1	36,4±7,2	24,6±2,9	25,5±2,2
Разведены	34,2±3,6	38,6±7,3	35,0±3,2	27,2±2,2
Вновь в браке	4,0±1,5	11,4±5,1	5,5±1,5	5,9±1,2
Вдовец (ва)	1,7±1,0	--	1,3±0,8	2,0±0,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Соотношение разведенных, оставшихся таковыми, и вступивших вновь в брак (табл. 2), имело отличий в общей численности больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом (5,3:1) и в контрольных исследованиях (3,6:1) ( $\chi^2=1,56$  при  $k=1$ ,  $p>0,3$ ). У больных шизофренией, коморбидной с синдромом алкогольной зависимости, соотношение разведенных, не вступавших в брак, и вступивших в повторный брак (7,4:1), выше, чем в контрольной группе (3,6:1) ( $\chi^2=3,34$  при  $k=1$ ,  $p<0,05$ ), а у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий (2,4:1), оно не отличалось ( $\chi^2=0,58$  при  $k=1$ ,  $p>0,3$ ). Вместе с тем, соотношение разведенных, не вступавших в повторный брак, и разведенных, которые вновь вступили в брак, у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий (2,4:1), было в 3,1 раза меньше, чем у больных шизофренией, коморбидной с синдромом алкогольной зависимости (7,4:1) ( $p<0,01$ ). Отмеченные факты свидетельствуют о том, что низкие возможности к повторному вступлению в брак у больных шизофренией с синдромом алкогольной зависимости в значительной мере нивелируются за счет их более высоких возможностей у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий.

Анализ криминальных действий и социальных факторов у больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, выявленных в результате эпидемиологических исследований, показал следую-

щее. У больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом, в сравнении с контролем, повышение частоты общественно опасных действий и снижение показателей уровня образования и семейного положения происходит преимущественно за счет больных шизофренией в сочетании с синдромом алкогольной зависимости. Повышение частоты криминальных действий при шизофрении, коморбидной с алкогольной зависимостью, связано с тем, что алкоголь снижает уровень серотонина [12, 13] и провоцирует агрессивные и импульсивные действия [14, 15]. При этом, у больных шизофренией, коморбидной с алкогольной зависимостью, в сравнении с больными шизофренией, перенесшими алкогольный делирий, преобладает негативная симптоматика [16], при которой снижен уровень серотонина [17], что также способствует проявлению агрессивных поступков [14, 16, 17].

Таким образом, повышение частоты общественно опасных действий, более низкие показатели уровня образования и семейного положения обнаруживаются у больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом, выявленных в результате эпидемиологических исследований, куда входили и больные шизофренией, перенесшие алкогольный делирий. Отмеченные различия происходят в результате их увеличения у больных шизофренией, коморбидной с синдромом алкогольной зависимости.

*О.А. Двірський*

### **КРИМІНАЛЬНІ ДІЇ І СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ В СПОЛУЧЕННІ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ І ПЕРЕНЕСЕНИМ АЛКОГОЛЬНИМ ДЕЛІРІЄМ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ)**

Кримський медичний університет, м. Сімферополь

Виявлено підвищення кримінальних дій і низькі характеристики рівня освіти і родинного стану в 217 хворих на шизофренію, коморбідну з алкоголізмом, куди входили 44 хворих на шизофренію, які перенесли алкогольний делірій, виявлених при епідеміологічних дослідженнях. Ці відмінності відбуваються за рахунок 173 хворих на шизофренію із синдромом алкогольної залежності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.130-134)

*A.A. Dvirsky*

### **CRIMINAL ACTIONS AND SOCIAL FACTORS OF SCHIZOPHRENIA COMBINED WITH ALCOHOL DEPENDENCE AND ALCOHOL WITHDRAWAL DELIRIUM (OF MATERIAL OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH)**

Crimean Medical University, Simferopol

It is found high rate of criminal actions and low figures of education and marital status of 217 patients with schizophrenia comorbid with alcoholism, Inclusion 44 patients who had alcohol withdrawal delirium, was founded of epidemiological research. These distinctions take place in 173 patients with syndrome of alcohol dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.130-134)

## Литература

1. Модзли Г. (Маудсли Г.) Ответственность при душевных болезнях: Пер. с англ. - СПб.: Тип. М. Стасюлевича, 1875. - 376 с.
2. Лоран Э. Тюремный мир (Типы и характеры): Пер. с франц. - 2 - е изд. СПб, 1899. - 368с.
3. Бруханский Н.П. Судебная психиатрия. - М.: Изд. М. и С. Сабашниковых, 1928. - 439 с
4. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных.- М.: Медицина, 1995. - 256 с.
5. Абрамов В.А. Общественно опасные действия больных шизофренией //Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1995. - №1. - С. 89 - 101.
6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. - Донецк, 2002. - 279 с.
7. Двирский А.А. Люцидный алкоголизм и перенесенный алкогольный делирий как фактор прогноза клинических проявлений шизофрении //Архів психіатрії. - 2002. - №4(31) - С. 119 - 122.
8. Вербенко Н.В. Сравнительный анализ клиники шизофрении в этносах Крыма //Гаврический журнал психиатрии. - 2002. - Т. 6, №1 (18). - С. 26 - 27.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб., 1994. - 300 с.
10. Мельник В.І. Епілесія в судово-психіатричній практиці (клініка, судово-психіатрична оцінка, профілактика): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.16/Український науч. - дослід. ін. - т соціальної і судової психіатрії і наркології. - Київ, 2001. - 40с.
11. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико - биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев: Морион, 2000. - 319 с.
12. Roy A., Virkkunen M., Linnoila M. Reduced central serotonin turnover in a subgroup of alcoholics? Progress Neuropsychopharmacol //Biol Psychiatry. - 1987. - №11(2-3). - P. 173-177.
13. Семке В.Я. Нейробиологические механизмы алкоголизма //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - Т.102, №8. - С. 61 - 66.
14. Brain P.F. Alcohol and aggression. - London:Croom Helm, 1986. - 93 p.
15. Virkkunen M., Linnoila M. Serotonin and glucose metabolism in impulsively violent alcoholic offenders //Aggression and Violence. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1996. - P. 87 - 100.
16. Двирский А.А. Типы течения параноидной и непараноидной шизофрении в сочетании с алкоголизмом и у больных, перенесших алкогольный делирий //Гаврический журнал психиатрии. - 2002. - Т. 6, №1(18). - С. 12 - 15
17. Kaplan H., Sadock B. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8 th edition - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.

Поступила в редакцию 19.04.2004

УДК: 616.89-008.442.4-071

*С. А. Мартиненко***КОМПЛЕКСНО – ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: сексуальні порушення, комплексно – діагностичне дослідження подружжя

Анамнестичний період обстеження хворих на сексуальні порушення останнім часом в наукових джерелах практично не висвітлювався, і роботи, присвячені анамнезу сексуально хворих, в основному датуються періодом 1956 – 1985 [1, 2, 3]. Васильченко Г.С., торкаючись питань особливості обстеження сексологічних хворих, зазначав про необхідність виявлення і семіотичної оцінки широкого кола проявів з боку ряду підсистем «від ендокринного забезпечення... до особистісних особливостей обстежуваних». Запропонована Васильченко Г.С. «карта сексологічного обстеження» чоловіків передбачала опитування за схемою для вивчення сексуальних скарг, початку сексуальних порушень і фіксації уваги до симптомів, характеру попереднього лікування при його проведенні. У карті також зафіксувалися відповіді хворого стосовно деталей сексуального життя (ритм статевих зносин, методи контрацепції, діапазон дозволеності дружини/партнерші). Анамнез життя, попередні хвороби до виникнення сексуального порушення і особистісні особливості та невротичні симптоми також фіксувалися у карті. Особливо чоловіки заповнювали так звану квантифікаційну шкалу СФЧ (модифікація відповідної шкали чехословацького дослідника J. Mellan). Васильченко Г.С. вперше у вітчизняній сексології вказав на необхідність точного визначення тих чи інших даних обстеження сексуальних хворих, уникаючи виразів «значно», «часто» і т. п. [4]. Аналогічну карту для жінок розробила співробітниця Г.С. Васильченка І. Л. Ботнева [4, с. 373 - 391].

Д.Л. Буртянський, В.В. Кришталь на підставі вітчизняних попередників і власних досліджень розширили діапазон анамнестичного вивчення подружньої пари, включивши спеціальні порівняльні таблиці для вивчення форм міжособистісних взаємин, запропонованих А. Т. Філатовим [3]. В останні були включені форми відповідності конституційно – біологічних, аксиологічних співпадань. Д. Л. Буртянський і В. В. Кришталь запропонували спеціальний опитувальник (16 запитань) для визначення тих чи інших ха-

рактеристик соціально – психологічної і сексуально – поведінкової адаптації або дезадаптації. Ними ж запропонована карта сексуального обстеження подружньої пари [5].

Вказані схеми показали свою доцільність і використовуються в практиці сексопатологів і наукових дослідженнях [6]. Разом з тим, при обстеженні хворих на сексуальні порушення, особливо з первинною сексуальною патологією, як і при інших патологічних станах і дезадаптаціях, може виникати підсвідомий опір хворого, пов'язаний з особою лікаря вже на етапі анамнезу [7]. З метою нівелювання вказаних форм опору деякі автори (представники об'єктивної психотерапії) пропонували на етапі анамнезу і у подальшому давати хворим письмові запитання, на які хворі письмово дають відповідь [8]. Анкетні варіанти анамнезу не змінювали проте суті процесу вивчення хворого, оскільки відомо, що відповіді на стимульні друковані вербальні подразники так само детермінуються підсвідомими механізмами. Саме на цьому теоретичному підґрунті базуються проєктивні експериментально – психологічні методи. Крім того, до теперішнього часу відсутні комплексні стандартизовані блоки, котрі давали б узагальнену і стандартизовану інформацію, необхідну для визначення діагнозу і спрямованості психотерапії. Не існують також карти комплексного обстеження, які дали б можливість вивчити хворого або його сексуального партнера і мати повне уявлення про стан його сексуального здоров'я, наявність чи відсутність сексуальної дисгармонії.

В останні роки все більше уваги стали звертати на психологічні особливості спілкування хворих із психотерапевтами. Зокрема, в низці публікацій стали підкреслювати, що у більшості варіантів психотерапії має місце серія вербальних комунікацій між психотерапевтом і пацієнтом, під час якої за класичними, перевіреними теоріями психотерапії, запитання лікаря повинні бути без будь – яких конкретних підказок, без

очікування конкретних сугестованих відповідей. Чим менше сугестії у запитаннях, тим повноцінніше буде діагностика і лікування [9]. Спеціалісти в галузі НЛП вказували, що суттєве значення має неповнота мовної репрезентації пацієнтом своїх проблем через так звані опущення, викривлення, генералізації та ін. [10].

До останнього часу ми не знайшли наукові джерела, які б були присвячені вивченню особливостей механізму мовних репрезентацій хворих із сексуальною патологією і пов'язаною з останньою сексуальною дисгармонією подружньої пари. Відсутні алгоритми таких обстежень взагалі і з урахуванням парності сексуальної функції зокрема. Отже, дослідження у цьому напрямку є актуальним. Актуальним також є подальше вивчення результатів дослідження сексуальних хворих на етапі анамнестичного (психологічного) інтерв'ю за новими теоретичними принципами з урахуванням зміни вітчизняного теоретичного осмислення ролі підсвідомості у генезі патологічних станів (у тому числі сексуальних хвороб), з урахуванням використання новітніх варіантів психотерапії і необхідності подальших пошуків нових методик психотерапії сексуальних хвороб [11, 12]. Саме тому нами запропонована спеціальна карта комплексно – діагностичного обстеження подружньої пари з сексуальними порушеннями.

Комплексно – діагностична карта представлена у двох варіантах: для чоловіків і жінок. Спочатку йдуть пункти для в'яснення сексологічного анамнезу з урахуванням статі пацієнта (партнера). Всі необхідні параметри визначені конкретно для уникнення неоднозначності розуміння хворим тих чи інших запитань. Наприклад: «Інформацію про статеве життя і норми сексуальних проявів я отримав особистим досвідом; зі слів друзів; з літератури; від рідних; був абсолютно необізнаний до початку статевого життя (одно, найбільш придатне, підкресліть). Цей розділ складає 74 пункти плюс СФЧ (сексуальна функція чоловіка).

Подальші пункти присвячені визначенню клінічного діагнозу. В цій частині карти 60 пунктів. Дані вказаних блоків дають можливість визначити також статеву конституцію, темперамент.

Соціально – психологічний компонент складової сексуального здоров'я вивчався при аналізі подальших 47 пунктів. Наприклад: «Мої моральні принципи і установки відповідають моральним принципам і установкам дружини. Так, ні. Потрібне підкреслити».

З метою вивчення особливостей вербально-

го відображення своїх переживань, з репрезентативною характеристикою внутрішньої картини хвороби, психоемоційного реагування взагалі і сексуальних переживань хворих із сексуальними порушеннями, нами розроблені спеціальні блоки у комплексно – діагностичній карті. Їх мета - вивчення неконструктивних сімейних взаємодій - (Н. С. В.). Для їх характеристики передбачалось детальне обстеження випущень, генералізацій, складної рівності, семантичних неправильностей, так званого читання думок (мається на увазі психологічний термін, який використовується в методах НЛП, а не «психіатричний» термін для характеристики психічних синдромів), подвійної моделі, нечітких функцій, виключення модальності, обмеження сімейної моделі і моделі подружнього спілкування, моделі магічних наслідків, ігрової взаємодії. Все вищевказане торкалось саме вивчення перелічених феноменів стосовно чоловіків і жінок із сексуальними порушеннями. Аналогічне обстежування проводилось партнерам хворих.

Обстеження випущення включало: опущення іменних аргументів та референтної множинності.

Вивчались генералізації в побудові актуальної моделі сім'ї пацієнтів із використанням квантора спільності і дослідження генералізації у побудові моделі обмеження бажаної поведінки у сім'ї шляхом виявлення спрямованості логічної еквівалентності. Складні рівності вивчались шляхом дослідження готовності подружжя до виникнення процесу складного узагальнення в умовах депривації основних репрезентативних систем і реакцій на нелогічність.

Семантична неправильність досліджувалась через вивчення ролі семантичної неправильності у формі зовнішнього примусу у побудові неконструктивної моделі сімейної взаємодії (формула за Бендлером Р.: «Х дієслово Y»). Також вивчались моделі причинно – наслідкового установочного обмеження спроб нормалізації сімейних стосунків, як вияв феномену семантичної неправильності. Вивчались ознаки феномену «читання думок» в процесі існуючої сімейної взаємодії і її зв'язку з основною репрезентативною системою подружжя, подвійна модель наявності модельних обмежень процесу нормалізації сімейних відносин за механізмом «подвійної моделі». Вивчалась роль «нечітких функцій» («бачу – відчуваю», «бачу – роблю») у виникненні неконтрольованої ескалації конфлікту і вияву репрезентативної системи, що виступає у ролі «тригеру», феномену «виключення модальності» в



момент подружнього конфлікту, вивчення обмежень сімейної моделі і наявність відчуття у її побудові. При цьому зверталася увага на наявність (відсутність) обмеження суб'єктивної нездатності і обмеження суб'єктивної неможливості. В карту включені пункти для визначення моделі магічних наслідків – дослідження процесів моделювання шляхом усунення порушень сімейної взаємодії способом «магічного наслідку». Всі означені пункти карти були відповідно систематизовані.

В комплексно – діагностичній карті також передбачено вивчення домінування репрезентативних систем стосовно сексуальних переживань і сексуального спілкування, визначення сценаріїв та ігор (терміни в розумінні Е. Берна).

З використанням комплексно – діагностичної карти нами обстежено 168 подружніх пар із сексуальною дисгармонією і 48 пар здорових. Застосування карти показало значне скорочення часу обстеження (в 2 – 3 рази). Карта, дає мож-

ливість вивчити всі необхідні параметри для вирішення поставлених нами задач дослідження, запобігти ситуації ніяковості, яка завжди заважає на анамнестичному етапі, особливо при протилежності статі сексопатолога і пацієнта.

Дані обстеження з використанням КДК дозволяють сексопатологу провести клінічний аналіз сексуальної дисгармонії з урахуванням парності сексуальної функції.

Використання комплексної діагностичної карти зменшує час обстеження хворих в 2 – 3 рази. Застосування комплексної стандартизованої карти дає можливість передавати її у випадку неможливості особистого спілкування партнерів хворих з сексуальними порушеннями без зустрічі з сексопатологом (карта заповнюється дома, інформація призначається лише для психотерапевта). Тим самим вдається провести клінічний аналіз сексуальної дисгармонії і приступити до початкового циклу психотерапії з урахуванням парності сексуального життя.

*С. А. Мартыненко*

## КОМПЛЕКСНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С СЕКСУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Автором создан вариант комплексно – диагностической карты для обследования супружеской пары в случае сексуальной дисгармонии при сексуальных нарушениях у мужа или жены. Картой предусмотрены выявления всех необходимых данных для проведения системно – структурного анализа сексуальных нарушений. Использование карты дает возможность получения однотипных данных, которые возможно проанализировать с использованием математических методов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.135-137)

*С. А. Martynenko*

## COMPLETY - DIAGNOSTIC RESEARCH OF MEN AND WOMEN WITH SEX VIOLATION

Kharkov medical academy postgraduated education

The author creates variant completely - diagnostic card for inspection of a married couple in case of sex dysgarmony at sex violations for the husband or wife. By a card the revealings all necessary given for carrying out system - structural analysis of sex violations are stipulated. Usage of a card enables receivings of the same type of the data, which are possible for analyzing with usage of mathematical methods. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.135-137)

### *Література*

1. Васильченко Г. С. Патогенетические механизмы импотенции. М., Медгиз, 1956, 172с.
2. Буртянский Д. Л., Кришталъ В. В., Смирнов Г. В. Сексуальные расстройства у женщин. /У кн.: Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. Изд. Саратовского унив., 1987. – С. 35 – 36; 145 – 163.
3. Филатов А. Т. Составляющие сексуальной сферы человека и классификация её нарушений //Мед. – психол. Аспекты брака и семьи. – Харьков, 1985. – С. 7 – 8.
4. Васильченко Г. С. Методика сексологического обследования /«Общая сексопатология». Руководство для врачей. Под ред. Г.С. Васильченко. М., «Медицина», 1977, с. 248 – 295; 373 - 391.
5. Буртянский Д. Л., Кришталъ В. В., Смирнов Г. В. Сексуальные расстройства у женщин. /В кн.: Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. Изд. Саратовского унив., 1987. – С. 35 – 36.
6. Бабюк І. О. Психокоррекция сексуальных расстройств и сексуальной дисгармонии /В кн.: Психосоматична концепція порушень сексуального здоров'я подружжя. Донецьк. ДОЦССМ. 1998. вип. 9. – с.65 – 75.

7. Бурлачук Л. Ф., Габская, И. А. Кочарян А. С. Основы психотерапии: Учебн. пособие для студентов вузов, которые обучаются по спец. «Психология», «Соц. педагогика» – К.: Ника-Центр; М.: Алетея, 1999. – С. 7 – 15, с. 274 – 293.
8. Karpman B. Objective Psychotherapy //Clin. Psychol., 1949. – N 5. – P. - 189 – 342.
9. Kohler Ch. Kommunikative Psychotherapie. VEB Gustav Fischer Verlag. Jena, 1968. - S. 47 – 48; Kretschmer E. Medizinische Psychologie. 11 Auf. Georg Tieme, Stuttgart, 1956, S.46 – 49.
10. Гриндер Д., Бендлер Р. Структура магии: Пер. с англ. М.: Каас, 1995. – С. 62 – 70.
11. Мартыненко С. А. Використання методу «символдрама» у діагностиці динаміки становлення статевої самосвідомості у чоловіків //Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2003. № 2 (4). – С. 50 – 53.
12. Мартыненко С. А. Применение метода символдрама в системе психотерапевтической коррекции сексуальных нарушений у женщин //Таврический журнал психиатрии. 2003. т. 7, № 3 (24). С. 67 – 69

Поступила в редакцию 25.05.2004

УДК 616.83 – 053.2 – 036.82.838

*И.В. Галина, К.Д. Бабов, М.К. Игонина*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО ДАННЫМ 10 ЛЕТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ

Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии

Ключевые слова: умственная отсталость, реабилитация, медицинская, педагогическая социальная

Актуальность проблемы реабилитации детей и взрослых лиц с интеллектуальной недостаточностью определяется не только значительной распространенностью этой патологии (мировая статистика свидетельствует, что число лиц с умственной отсталостью составляет в среднем 1.2 % от общей численности населения, что для Украины означает не менее 600 000 человек, из которых около 170 000 - 200 000 страдает тяжелой степенью умственных расстройств), но и социальной значимостью этой проблемы. В одном из отчетов Европейского Парламента говорится, что «то, как общество обращается со своими, имеющими умственную отсталость гражданами, много говорит о самом обществе.» Отношение к этой категории населения (дети и взрослые лица с тяжелой и глубокой умственной отсталостью), существовавшее в Советском государстве, сводилось к системе более или менее крупных специализированных институций - интернатов системы социального обеспечения для детей, где основным направлением было признание, домов психохроников для взрослых с примитивным, часто изнурительным трудом.

С началом создания Украинского Государства отношение к проблемам этой группы инвалидов начало меняться, что сделало возможным создание не только отдельных (пилотных) учреждений, но и современной системы реабилитации, адаптированной к местным условиям и сложившимся традициям.

Цель настоящей статьи – подведение итогов работы Одесского центра реабилитации детей (теперь и взрослых лиц) с умственной отсталостью имени Януша Корчака, созданного в 1988 году в тесном сотрудничестве с Украинским НИИ медицинской реабилитации и курортологии. где в течение последних 15 лет создавалась система реабилитации лиц с тяжелой и глубокой умственной отсталостью. Задачей Центра является ранняя реабилитация, обучение, про-

фессиональное обучение и социальная адаптация детей, подростков и молодых людей с тяжелой умственной отсталостью с целью дальнейшей интеграции их в общество. В отделении ранней реабилитации центра постоянно находится до 30 семей, получающих до достижения их детьми возраста 3 – 5 лет, помощь по международной системе раннего вмешательства «Партейдж систем»; 60 детей, составляющих 8 групп (группа детского сада, группы младшего, среднего и старшего возраста обучения), посещают центр постоянно; до 40 подростков и молодых людей получают в центре профессиональную подготовку. Пребывание и занятия длятся с 8.30 утра до 5 часов вечера.

Определение эффективности реабилитационных мероприятий проводилось методиками психологического тестирования - для изучения и динамики состояния когнитивной сферы мы пользовались тестом определения интеллектуального возраста, для характеристики речевого развития использовали поэтапную шкалу речевого развития [1], уровень социальных навыков определялся методом изучения социальной картины с применением соответствующих шкал, по G. Rompe [2].

Использованные в реабилитационном процессе методики опирались на принципы максимального преодоления сенсорной депривации, всегда присутствующей при этой патологии [3, 4, 5] Особенностью проводимых реабилитационных мероприятий является применение в общем комплексе восстановительных мероприятий авторских. разработанных в Украинском НИИ медицинской реабилитации и курортологии методик стимуляции развития функций высшей нервной деятельности путем прицельного латерального воздействия на функциональную активность больших полушарий головного мозга через периферические рецепторные системы – проприоцептивную, зрительную, слуховую [6,

9]. Использование этих методик позволило преодолеть сложившиеся в ЦНС патологические доминанты, которые благодаря закреплению пластическими процессами связей между частями системы, становятся со временем резистентными к лечебным воздействиям, создавая по П.К.Анохину и Н.П. Бехтеревой устойчивые патологические состояния [11, 12]. Применение этих методик позволяет более эффективно восстанавливать функции высшей нервной деятельности, проводить обучение и развивать возможные для каждого отдельного ребенка навыки и способности.

Программы носят индивидуальный характер, включая в различных комбинациях такие обязательные элементы как:

\* Базальная стимуляция - воздействие на зрительный, слуховой, тактильный, проприоцептивный и др. анализаторные системы;

\* Развитие статокINETических функций, включая тонкую моторику - лечебная физкультура, верховая езда, плавание и др.

\* Развитие коммуникативных способностей - речь, внеречевые способы общения - язык жестов, язык знаков, язык символов.

\* Развитие социальных навыков – общение, поведение, умение работать в группе, выработка взаимопомощи, взаимоподдержки;

\* Творческая терапия (рисование, музыкальные занятия, лепка);

\* Развитие практических навыков - в первую очередь самообслуживания, затем бытовых - ухода за домом, приготовления пищи, стирки и пр.

\* Развитие навыков труда (препрофессиональная подготовка) - знакомство с различными материалами (бумага, картон, дерево и проч.), работа в учебной мастерской с более сложными инструментами и заданиями;

\* Обучение профессиям.

Обязательным являлось также соблюдение принципов максимальной конкретности методических подходов (обучение конкретным вещам в конкретной ситуации) и комплексность методов: - сочетание медицинских, педагогических и психологических методов реабилитации, максимальное участие родителей в реабилитационном процессе, особенно на этапе раннего вмешательства.

Более чем восьмилетнее наблюдение за описанной группой детей показало наличие значительных скрытых резервных возможностей, даже при глубокой степени умственной отсталости, что позволило добиться значительных

результатов в их развитии.

· Появление речи (как одного из важнейших специфических свойств интеллекта) отмечено у 40% детей с задержкой психоречевого развития, поступивших в центр в 6-7 летнем возрасте.

· Коммуникативные способности развились практически у всех нуждавшихся в этом детей.

· Развитие социальных навыков, навыков самообслуживания, практических умений, объема знаний об окружающем мире отмечено практически у всех детей к концу восьмого года обучения.

· Появление элементов счета, чтения и письма отмечено у 68% детей старшей группы, поступивших 8 лет назад с диагнозами тяжелая (9) и глубокая (2 ребенка) степени умственной отсталости.

· Психологическое тестирование позволило установить, что интеллектуальный возраст детей за год обучения увеличивается в среднем на  $5.6 \pm 1$  месяцев, тогда как у детей с аналогичной патологией, находящихся в специализированных интернатах системы социального обеспечения – на  $1,5 \pm 1$  месяц.

· Интегральная оценка полученных результатов позволила установить, что после многолетнего пребывания в центре степень тяжести умственной отсталости может быть изменена с тяжелой на умеренную у 77 % детей.

Из 17 закончивших профессиональное обучение подростков и молодых людей 7 работают в открытом рынке труда на условиях сопровождаемой трудозанятости (механическая глажка в механизированной прачечной, упаковка), 10 трудятся в специализированной мастерской центра.

В заключение считаем необходимым подчеркнуть:

1. Эффективность реабилитации детей и подростков с тяжелой степенью интеллектуального дефицита в условиях дневного реабилитационного центра с комплексной системой реабилитации достоверно значительно выше чем при их пребывании в системе специализированных интернатов и в значительно большей степени способствует повышению уровня их развития.

2. Эффективность реабилитационного процесса обеспечивается его постоянностью, многолетней непрерывностью и неразрывной связью медицинских, педагогических и психологических методов (комплексность подхода).

3. Дети с тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости способны к обучению, восприятию и усвоению определенных знаний и навыков, ведущих к их социальной реабилита-

ции, что свидетельствует о неправомерности определения «необучаемые» по отношению к

детям с любой, в том числе и глубокой степенью умственной отсталости.

*I.В. Галина, К.Д. Бабов, М.К. Игонина*

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗА ДАНИМИ МІСЬКОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ**

Український НДІ медичної реабілітації та курортології, м.Одеса.

У статті наведено дані щодо досвіду та ефективності 10-річної роботи центру реабілітації дітей та підлітків у місті Одесі. Приведено дані щодо основних методик, що застосовуються у реабілітаційному процесі – медичні (процедури мультисенсорної стимуляції), спеціальна педагогіка та професійно – соціальне навчання. Методики визначення ефективності вводили до складу поетапну шкалу мовного розвитку, шкалу інтелектуального року, шкалу соціальної картини. Автори підкреслюють, що застосування комплексного підходу до реабілітаційного процесу при умовах його постійності, безперервності на протязі багатьох років дозволяє домогтися значних успіхів у розвитку дитини з інтелектуальною недостатністю та її соціальною адаптацією. У статті підкреслюється значне збільшення ефективності розвитку когнітивних функцій при застосуванні методів латеральної стимуляції функцій великих півкуль головного мозку через латеральний вплив на периферійні сенсорні рецептори. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.138-140)

*I. Galina, K. Babov, M. Igonina*

## **EFFECTIVENESS OF CHILDREN WITH MENTAL HANDICAP REHABILITATION AT THE CITY REHABILITATION CENTER**

Ukrainian Research Medical Rehabilitation and Resorts Institute, Odessa

There are data about the more than 10 years results of Odessa day rehabilitation center for children and youngsters with mental handicap activity. Effectiveness of the work was evaluated by special psychological tests – scale of speech development? scale of real intellectual age, social development scale. The description of the center structure and methods used at the rehabilitation process are given. The last ones included medical procedures (multisensorial stimulation), special and vocation education. The authors stress that only such complex approaches as well as the steadiness of the process during many years can give good results. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.138-140)

### *Литература*

1. Robinson R.J. Causes and associations of severe and persistent specific disorders in children // J. Dev. Med. and Child Neurol. – 1991, № 33. – p. 943-962.
2. Rompe G. Gibt es Indikationen für physikalische Behandlungsmassnahmen im Kinder alter // J.Therapiewoche. – 1987. - №37. – p. 4462-4467.
3. Дубовцева О.А., Евтушенко С.К., Омеляненко А.А., Сагієва І.А. Новые подходы к лечению речевых нарушений у детей с органическим поражением головного мозга// Врачебное дело. - 1999. - №3. - С. 121-124
4. Фишман М.Н. Функциональная асимметрия мозга у детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью / Дефектология. – 1996. - № 4. – С. 3-7.
5. Комплексная стимуляция статико-моторного и психоречевого развития детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы / Скворцов И.А., Хавкун Л.А., Устинова Е.В.
6. Галина И.В., Бусова В.С., Колкер И.А. Влияние субсенсорной латеральной стимуляции на формирование

показателей ЭЭГ в онтогенезе // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2000. –Т. 6.

7. Галина И.В. Бусова В.С. Коррекция когнитивных функций у детей с умственной отсталостью различного генеза с помощью латеральной Ж Вестник физиотерапии и курортологии, № 1, - 2002 - С. 17-21.

8. Галина И.В. латеральная стимуляция в коррекции психоречевых нарушений у детей. Нейрофизиологическое обоснование В кн. Социальная педиатрия. (ЧАСТЬ II) Киев. 2002. С. 251-255.

10. Галина .І.В Ефективність різних методів латеральної стимуляції сенсорних систем у медично соціальної реабілітації дітей з вадами психічного розвитку. В кн.Соціальна педиатрія, Київ, 2003

11. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.:Медицина, 1975. - 446с.

12. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1988. – С. 59-63, 142-143, 208.

Поступила в редакцию 28.05.2004

УДК 616.89-053.3-071-092

*А.Г. Назарчук, М.К. Мишанова, Л.И. Богач***РОЛЬ ФАКТОРА ДУХОВНОСТИ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БЕЗРЕЧЕВЫХ ДЕТЕЙ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: безречевые дети, классификация, реабилитация, духовность семьи, динамика заболевания

Проблема безречевых детей становится все более актуальной. Так, по данным консультативной поликлиники ИНПН АМН Украины, ежегодно отмечается рост обращаемости детей в возрасте старше 4-х лет, у которых не развивается экспрессивная и рецептивная речь, т.е. они не разговаривают самостоятельно, не повторяют слова за взрослыми, не понимают (или недостаточно понимают) обращенную речь и не выполняют (или частично выполняют) обращенные к ним просьбы и инструкции. Если в 2000 году обратились родители 24 детей старше 4-х лет с описанными жалобами, то в 2003 году – более 100 родителей таких детей. Кроме того, становятся тяжелее и сами формы отсутствия речи. Если в 2000 году каждому неговорящему ребенку ставился один шифр психиатрической рубрики МКБ-10, то в 2003 году – 2-3 шифра психиатрических диагнозов.

Вопрос безречевых детей в современной литературе не освещен, возможно, в силу того, что в МКБ-10 отсутствует такой диагноз. Эти дети диагностируются в рубриках F 70 (умственная отсталость), F 80 (нарушение экспрессивной и рецептивной речи), F 84 (нарушения развития), F 20 (шизофрения), F 94 (элективный мутизм), G 52.3 (анартрия), R 49 (афазия). Однако, ни одна из этих рубрик не включает в себя конкретно отсутствие речи (неговорение). Эта столь важная жалоба становится побочной в диагностике состояния ребенка, а сам диагноз выставляется на основе других, не обязательно первостепенных, критериев.

Наиболее частым результатом невылеченного «неговорения» является инвалидность по умственной отсталости.

Тяжесть состояния и резистентность к терапии обусловлена патоморфозом состояния «неговорения». Суть этого процесса такова. Диагноз «нарушение экспрессивной речи», он же «моторная алалия», может самостоятельно обуславливать отсутствие речи. В литературе психиатрического профиля это состояние описано недостаточно, соответственно лечится неэффективно. В логопедической литературе конца прошлого века это состоя-

ние было описано как нарушение формирования языковых норм. Т.е., логопед обязан был начинать логокоррекцию лишь по мере появления речи. Это говорит о том, что ребенок с моторной алалией, по существующим научным представлениям, должен заговорить самостоятельно. Равно как и неговорящий ребенок с любым другим диагнозом должен заговорить в результате проводимого стимулирующего лечения. Но со многими современными неговорящими детьми такого не происходит в результате наложения нескольких заболеваний перечисленных рубрик, каждое из которых имеет своим проявлением нарушение речевого развития.

В наших предыдущих работах дано представление о патогенезе тяжелых форм нарушений развития, в том числе – и отсутствия речи [1-3]. Описан метод развивающей стимулотерапии [4], который позволяет преодолевать многие тяжелые и резистентные формы этих заболеваний. Метод имеет существенный недостаток – значительную трудоемкость, причем как для реабилитологов, так и для родителей больного, которые должны выкроить немало времени для проведения лечения и выполнения развивающей программы. При этом, у родителей, которые способны уделить достаточно времени ребенку, за редким исключением, вырастают здоровые дети. С нашей точки зрения, немалую роль в воспитании ребенка играет фактор духовности, в том числе религиозности семьи. Поэтому, целью данной работы стало изучение взаимосвязи между духовностью семьи и развитием умственной отсталости ребенка на примере резистентных к проводимому патогенетическому лечению форм отсутствия речи у детей 4-7 лет.

В связи с этим, проведен анализ амбулаторных карт 196 детей 4-7 лет, родители которых обратились в КП ИНПН АМНУ в 2000 – 2003 г.г. в связи с отсутствием речи. Все дети ранее неоднократно принимали курсы лечения ноотропными, вазоактивными, дегидратационными и другими препаратами, без эффекта. На момент первичного осмотра общим для них всех состоянием было отсутствие экспрессивной речи.

Все дети были разделены нами на три группы. Для I-й группы (40%, легкая степень) было характерным нарушение понимания обращенной речи в виде невыполнения простейших просьб, инструкций, при сохранении интереса к общению со сверстниками и взрослыми, к развивающим играм, сказкам, просмотру телепередач. У II-й группы (40%, средняя тяжесть заболевания) отмечалось снижение интереса к общению, развивающим играм, чтению сказок, просмотру телепередач. Вовлечение этих детей в общение все же было возможным, но требовало определенных усилий со стороны исследователей. У III-й группы (20%, тяжелая форма) было констатировано полное отсутствие интереса к любому общению, беспорядочное поведение с выраженной психомоторной расторможенностью, стереотипными и повторяющимися движениями.

Среди родителей всех 3-х групп нами был проведен опрос о духовности семьи. Он включал несколько основных параметров.

1. Совместно ли живут родители больного?

2. Кто из членов семьи конкретно занимается воспитанием ребенка? Сколько часов в день взрослые члены семьи уделяют развивающим играм с ребенком, чтению сказок, приобщению к музыке и изобразительному искусству, обучению элементарным навыкам, занятию гимнастикой, массажем? Посещает ли ребенок дошкольное учреждение?

3. Верят ли родители в излечение своего ребенка? Готовы ли они выполнять все рекомендации реабилитолога на протяжении нескольких лет?

4. Причастны ли родители больного к вере в Бога? Если да, то в каком вероисповедании?

5. Крещен ли ребенок, родители?

6. Посещают ли родители больного церковь? Если да, то насколько регулярно?

7. Могут ли родители назвать первую и вторую Заповеди Господни? Следуют ли они Закону Божию?

Из ответов родителей мы получили следующую информацию.

1. Около половины обследуемых детей живут в полной семье; 25% пребывает в расширенной семье – с бабушками, дедушками, тетями и т.д., но родители их живут отдельно; 25% живут только с матерью. При этом, нами отмечено, что состав семьи мало отражал степень тяжести заболевания ребенка, т.к. опрошенные семьи равномерно распределены по группам тяжести.

2. В 60% случаев воспитанием ребенка занимается мать, остальные же члены семьи практического участия в воспитании не принимают. В 20% основная роль в воспитании принадлежит

бабушке. В 5% семей ведущим воспитателем является другое лицо, еще 5% воспитывается всей семьей. В 10% процесс воспитания сводится лишь к обеспечению жизненно важных функций. Как правило, независимо от того, кто из членов семьи занимается воспитанием безречевого ребенка, времени на его развитие уделяется явно недостаточно: «как получится» – 50%, до 1 часа в сутки – 30%, 2-3 часа – 10%, и лишь 10% родителей уделяют неговорящему ребенку все свободное время.

60% больных посещают дошкольное учреждение для детей с нарушением развития или центр социальной помощи. Примечательно, что эти дети составили в основном группы со среднетяжелым и тяжелым дефектом, обуславливающим «неговорение». Интересно отметить, что в группу «безречевых» не вошел ни один ребенок, воспитываемый няней или гувернанткой. Среди детей, не посещающих детский сад, а получающих интенсивное лечение и воспитание дома, тоже были представители среднетяжелой и тяжелой групп больных – по 4%.

3. 16% – верят в излечение и готовы сделать для этого все от них зависящее. Как правило, это те родители, которые все свободное время уделяют развитию детей, читают специальную литературу, проявляют элементы творчества и добиваются результата всеми возможными путями. 24% склонны попробовать выполнять все рекомендации, но более половины из них оставляет лечение, увидев его трудоемкость. Еще 24% готовы выполнять только «удобные» для них рекомендации, «а там – будь, что будет». Остальные 36% в возможность излечения не верят и к ней не стремятся, к врачу приходят «для очистки совести».

4. 70% опрошенных являются атеистами, вопросами Бога и мироздания не интересуются. 4% составили Свидетели Иеговы, 26% – православные христиане.

5. Около 50% обследованных детей оказались крещенными, несмотря на то, что около половины их родителей в Бога не верует и церковь не посещает принципиально. На вопрос: «Зачем же вы крестили ребенка?» был стандартный ответ – по настоянию родственников. По-видимому, сам факт крещения не сказывается на тяжести состояния ребенка, и не оказывает положительного влияния на течение заболевания, если крещение, проведенное без веры и следования христианству, является единственным проявлением духовности семьи.

6. Из верующих регулярно посещали церковь только Свидетели Иеговы. Лица, относящие себя к православным христианам, посещали церковь по основным праздникам – Рождеству и Воскресению Христову. Несмотря на то, что 4% от груп-

пы в 196 больных не является числом статистически достоверным, интересно отметить, что дети Свидетелей Иеговых вошли в легкую группу неговорящих и были быстро и эффективно излечены. Среди остальных распределение по группам тяжести было практически равномерным.

В ходе обследования нами был проведен дополнительный эксперимент. Группа лиц, относящих себя к православным христианам, в составе 12% обследованных, начала регулярно посещать православную церковь, принимать Причащение Святых Тайн Христовых, обращаться с молитвами к Господу и святым. Необходимо отметить, что спустя короткое время у всех этих больных исчезла резистентность к проводимому лечению, и мы начали пожинать первые плоды после длительной безрезультатной борьбы на протяжении 1-3 лет. Трудно судить, что послужило в этих случаях толчком для начала развития речи – более активное занятие семьи ребенком, помощь Высших сил, либо сочетание этих факторов. Это наблюдение нуждается в углубленном изучении наукой влияния духовного мира на течение резистентного нарушенного развития, квалифицируемого ныне как тяжелая умственная отсталость.

7. 100% опрошенных первую Заповедь Господню сформулировали: «не убий», вторую – «не укради», и с удивлением выслушали верный ва-

риант: «Возлюби Господа Бога Твоего» и «Не сотвори себе кумира». При этом, 100% опрошенных, включая атеистов, уверены, что живут в соответствии с Законом Божиим.

Итак, резистентность к патогенетической терапии безречевых детей в большой мере обусловлена фактором духовности семьи. Проведенный по наиболее общим параметрам опрос о духовности семей показал, что 36% безречевых детей не получили адекватного реабилитационного воздействия в силу расстановки приоритетов их семьи, отсутствием у семьи веры в излечение и, соответственно, стремлению к нему. Все они стали инвалидами детства, не способными к обучению в школе.

Случаи веры в бога и веры в излечение ребенка совпали совершенно – 16%, соответственно, были проведены все необходимые меры лечебной и дефектологической направленности, позволившие преодолеть заболевание вне зависимости от степени тяжести.

В случаях стандартного лечения – 48% - наблюдалась менее выраженная в те же сроки положительная динамика относительно первоначальной степени тяжести.

Это еще раз подтверждает мысль Н.И. Пирогова, профессора медицины и педагогики: «Веру я считаю психической способностью человека, которая более всех других отличает его от животных» [5].

*А.Г. Назарчук, М.К. Мишанова, Л.И. Богач*

## **РОЛЬ ФАКТОРА ДУХОВНОСТІ СІМ'Ї В РЕАБІЛІТАЦІЇ БЕЗМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В представленій роботі викладено роль духовності та релігійності сім'ї в лікуванні хворих із резистентними формами відсутності мовлення. Показано, що віра у можливість зцілення у всіх випадках співпадає з вірою у Бога та формує установку сім'ї на подолання навіть найбільш тяжких форм порушень розвитку, які сьогодні трактуються як розумова відсталість. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.141-143)

*A.G. Nazarchuk, M.K. Mishanova, L.I. Bogach*

## **ROLE OF THE FAMILY SPIRITUALITY FACTOR ONTO REHABILITATION OF THE NON-SPEAKING CHILDREN**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS Ukraine

This work shows the role of spirituality and religiosity of the family in treatment of patients with resistant forms of speech absence. Faith in the possibility of recovery completely coincides with faith in God and let the family overcome even most hard forms of pathology, what is thinking now as a mental retardation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.141-143)

### *Литература*

1. М.К.Мишанова, Л.И.Богач. Применение методики постизометрической релаксации мышц в лечении речевых расстройств. Актуальні питання дитячої психіатрії. - Харків 1994.

2. М.К.Мишанова. Эффективность метода стимулотерапии для детей с тяжелыми формами умственной отсталости. Материалы научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты реабилитации детей-инвалидов». Харьков, 2000.

3. М.К.Мишанова. Олигофрения - диагностика или гипердиагностика. Украинский вестник психоневрологии. Том 9, вып.1 (26), 2001.

4. Мишанова М.К., Богач Л.И. Способ комплексной стимулотерапии тяжелых форм мовних розладів». Деклараційний патент на винахід. Україна. 15.12.2000. Бюлл.№ 7-11.

5. В.А.Глушников. Панагия и белая мантия. Святитель Лука – взгляд в будущее. Изд-во Московской патриархии. 2001.

Поступила в редакцию 23.05.2004

УДК 616.69:616.832-001.3

*И.С. Рыткис***СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА У МУЖЧИН**

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: сексуальные расстройства, супружеская дезадаптация, спинной мозг, травматическое поражение

Поражение спинного мозга, в том числе травматическое повреждение, очень часто влечет за собой расстройства сексуальной функции – по разным данным в 52-99 % случаев [1–3]. Характер и степень тяжести этих расстройств зависят прежде всего от локализации очага поражения спинного мозга. Если он расположен выше спинальных центров эрекции и эякуляции, у большинства больных эрекция и эякуляторные рефлексы сохраняются, сексуальная функция не страдает благодаря действию механизма спинального автоматизма. При травме шейного и верхнегрудного отделов эрекция обычно не страдает, приапизм, возникающий после травмы на шейном уровне, имеет четко выраженный спастический генез. При поражении нижнегрудного отдела спинного мозга эрекция носит кратковременный характер и могут появляться через несколько месяцев после травмы в ответ на местное раздражение.

Двустороннее тотальное поражение сакрального парасимпатического центра эрекции приводит к полной анэрекции и анэякуляции. При этом имеют место также расстройства мочеиспускания и дефекации, а неврологические знаки указывают на поражение конуса или эпиконуса спинного мозга. Частичное поражение дистального отдела спинного мозга может обусловить исчезновение эрекции, тогда как психогенная эрекция остается сохранной (этот феномен, как и так называемый «фантомный оргазм», может быть связан с сохранностью вегетативных шунтов).

Многоочаговое поражение спинного мозга приводит, наряду с расстройством функции тазовых органов, и к нарушению половой функции. При этом стадии императивных позывов к мочеиспусканию обычно соответствует укорочение времени полового акта, а стадии задержек мочеиспускания – синдром ослабления эрекции фазы. Травматическое поражение пояснично-крестцового отдела пограничного симпа-

тического ствола вызывает жгучие разлитые боли и парестезии в области половых органов, таза и живота, вазомоторные и трофические расстройства. Двустороннее повреждение симпатических нервов на уровне нижнегрудного и верхнепоясничного отделов паравертебральной симпатической цепочки или постганглионарных эфферентных симпатических волокон обуславливает расстройство эякуляторного механизма и развитие ретроградной эякуляции.

Таким образом, при травмах спинного мозга сексуальные расстройства являются следствием поражения спинальных центров эрекции и эякуляции, причем их клинические проявления зависят от уровня поражения. Эта четкая зависимость позволяет определить критерии топической диагностики повреждений спинного мозга как по поперечному сечению, так и по высоте.

В силу парного характера сексуальной функции у жен больных развиваются сексуальные нарушения относительного характера, вследствие отсутствия половой жизни и психосексуальной неудовлетворенности со временем возникает и снижение либидо. Психосексуальную неудовлетворенность испытывают и мужчины, и таким образом формируется супружеская дезадаптация, от которой страдают оба супруга.

Следует отметить, что эта сторона проблемы, очень мало изучена. Если сами по себе сексуальные расстройства при спинальной травме рассмотрены в ряде работ, в основном в трудах невропатологов [5, 6], то сексуальная и психологическая дезадаптация супружеской пары при этой патологии практически не освещена в литературе. Между тем, помимо этиологического и патогенетического лечения пострадавшего, в том числе коррекции возникшей у него сексуальной дисфункции, в психотерапевтической помощи нуждается и супружеская пара, в которой супруг перенес спинальную травму. В данном сообщении приведен наш опыт обследования и обоснование психокоррекции таких дезадаптированных супружеских пар.



Под нашим наблюдением находились 97 состоявших в браке мужчин-шахтеров, перенесших спинальную травму поясничного и крестцового отделов спинного мозга в возрасте от 25 до 46 лет, т.е. в наиболее активном возрасте. Жены больных в каждой супружеской паре входили в одну возрастную группу с мужьями (разница в возрасте не превышала 5 лет).

Давность травмы у мужчин в период обследования составляла от 3 до 5 лет. У 43 человек имела место травма на уровне поясничного отдела спинного мозга, у 39 – на уровне крестцового отдела, и у 15 человек была сочетанная травма на том и другом уровне. У всех пациентов спинальная травма привела к параличу ног и потере чувствительности ниже места повреждения, т.е. нижней половины тела; у всех были утрачены сексуальные ощущения.

Поражение пояснично-крестцового отдела позвоночника обусловило у наших пациентов такие проявления сексуальной дисфункции, как анэрекция, отсутствие эякуляции или преждевременное семяизвержение, стертость оргазма в тех немногих случаях, когда он имел место. При этом часто рецидивирующий, интенсивный болевой синдром усугублял сексуальное расстройство, приводя к снижению сексуальной активности, которое в свою очередь влечет за собой угасание половых рефлексов и возникновение застойных явлений в урогенитальной области.

Наблюдавшаяся у наших больных клиническая картина сексуальных расстройств четко зависела от уровня полученной травмы позвоночника. У мужчин с травмой поясничного отдела при сохранности эрекции отсутствовала эякуляция; у пациентов с травмой крестцового отдела эрекция отсутствовала, а эякуляция не страдала; у больных с сочетанной травмой полностью отсутствовали все генитальные реакции. Либи́до было сохранено у всех обследованных. При травме крестцового отдела спинного мозга было возможно кратковременное поддержание рефлекторной эрекции в ответ на механическое раздражение (генитальный массаж), но в подавляющем большинстве случаев пациенты при этом не достигали оргазма. В то же время некоторые из них утверждали, что, несмотря на отсутствие сексуальной чувствительности, они испытывают при механической стимуляции сильное чувство удовольствия и возникающие в некоторых непораженных участках тела физические ощущения, напоминающие наблюдавшиеся до травмы оргазмические реакции («фантомный» оргазм).

Почти все обследованные (за исключением

19 человек, перенесших травму за 3–3,5 года до момента обследования), тяжело переживали невозможность половой жизни и были готовы выполнить рекомендации врача, которые помогли бы им найти какой-то выход из трудной ситуации. Свое стремление получить возможность совершить половой акт они объясняли тем, что половая жизнь способствует укреплению близости с женой, приносит моральное удовлетворение, усиливает веру в себя и позволяет доставить удовлетворение жене.

Такое же желание выражали и жены больных, у которых из-за отсутствия половой жизни наблюдались постоянная психосексуальная неудовлетворенность, часто – состояние сексуальной фрустрации и у многих – ослабление либи́до. Среди женщин 14% время от времени допускали супружеские измены, а около половины компенсировали отсутствие половых актов мастурбацией.

Проведенный нами у находившихся под наблюдением супружеских пар системно-структурный анализ сексуального здоровья [4] выявил у пострадавших мужчин сочетанное поражение нейрорегуляторной и генитальной составляющих биологического компонента. Поражение первой было обусловлено повреждением пояснично-крестцового отдела спинного мозга (центров эрекции и эякуляции), поражение второй – потерей чувствительности половых органов. У жен больных оказалась нарушенной психическая составляющая данного компонента вследствие личностной реакции на болезнь мужа и сексуальную дисгармонию. У мужчин эта составляющая также была нарушена по той же причине.

Наши наблюдения убедили нас в том, что совершенно неправомерно считать мужчину со спинномозговой травмой навсегда лишенным возможности сексуальной жизни. Но должна быть создана система специальной сексологической и психотерапевтической помощи таким больным и их супругам. К сожалению, до сих пор не только не разработана подобная система, но даже консультации на такие темы не входят в реабилитационные программы для мужчин со спинномозговыми травмами. Как правило, они предоставлены самим себе и, естественно, не в состоянии использовать имеющиеся у них потенциальные возможности. Между тем современная сексология и психотерапия располагают многими средствами для их реабилитации. Необходимо знакомить с ними и самих больных, и их жен, но прежде всего они должны усвоить

основной подход коррекции их сексуального здоровья, основанный на принципах, в свое время сформулированных У.Мастерс, В. Джонсоном [7]: отсутствие ощущений не означает отсутствие чувств; неспособность двигаться не означает неспособности доставлять удовольствие другому; неспособность действовать не означает неспособности радоваться и наслаждаться; потеря чувствительности половых органов не означает потери чувственности.

Супругов в супружеских парах, в которых муж страдает от последствий спинальной травмы, необходимо убедить, что они не должны смириться со своим положением и отказаться от половой жизни, тем более, что, как мы отмечали выше, они сами стремятся к этому и готовы с сотрудничеством с врачом. Им следует предоставить широкую информацию о других способах сексуального взаимодействия, помимо обычного полового акта, в частности, предлагаемых в

древних учениях, например дао-любви, и новейших способах помощи при отсутствии генитальных реакций у мужчин, таких как внутрикаверзные инъекции каверджекта, современные конструкции эректоров, вибраторов и т.п. При этом существенным компонентом лечебного воздействия при рассматриваемой патологии должны быть проводимые в системе секс-тренинги и методы психокоррекции, применяемые для снятия негативных эмоциональных реакций и перестройки отношения к болезни пострадавших и их жен.

Таким образом, помимо специфических способов действенной помощи больным с расстройством сексуальной функции травматического генеза, должна проводиться система психокоррекции, направленная на достижение сексуальной и семейной реабилитации супружеской пары, в которой супруг перенес спинномозговую травму.

*I.C. Pitkic*

## **СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ ТА ПОДРУЖНЯ ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ СПИННОГО МОЗКУ У ЧОЛОВІКІВ**

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

У статті розглянуто клініку сексуальних розладів у чоловіків зі спинномозковою травмою і розвиток подружньої дезадаптації у таких випадках. На базі власного клінічного досвіду автором обґрунтовано необхідність і показано шляхи сексологічної і психотерапевтичної допомоги подружжю за даної патології у чоловіка. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.144-146)

*I.S. Ritkis*

## **SEXUAL DISORDERS AND SPOUSES DESADAPTATION AT TRAUMATIC INJURY OF SPINAL CORD IN MEN**

Donetsk regional clinic

In the article there are examined a clinic of sexual disorders in men with injury of spinal cord and a development of spouses desadaptation in those cases. On the basis of own clinical experience the author grounded a necessity of sexological and psychotherapeutic help for spouses at the pathology in husband and shown its ways. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.144-146)

### *Литература*

1. Сексология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
2. Торосян С.А. Сексуальные дисфункции при органических заболеваниях нервной системы // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. ин-та психиатрии. — 1967. — Т. 51. — С. 301-311.
3. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Клиническая сексология мужчин. — Харьков: Акад. сексол. исслед., 1998. — 192 с.

4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 979 с.
5. Русецкий И.И. Вегетативные нервные нарушения. — М.: Медицина, 1958. — 312 с.
6. Сепп Е.К., Аксянцев М.А., Мельников С.А. и др. Тоническая диагностика заболеваний нервной системы. — М.: Медицина, 1962. — 304 с.
7. Masters W., Johnson V. Human sexual response. — Boston, 1970. — 407 p.

Поступила в редакцию 12.06.2004

УДК 61 6.89-008.1:615.85

*О.М. Ліньов***ВПЛИВ ЛАТЕРАЛЬНОЇ ФІЗИОТЕРАПІЇ НА СОЦІАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННО-ПРОЦЕСУАЛЬНІ ПСИХОЗИ**

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: латеральна фізіотерапія, ендогенно-процесуальні психози, параноїдна шизофренія, шизоафективний розлад

Під ендогенно-процесуальними психозами слід розуміти психотичні стани із закономірним синдромокінезом і синдромотаксисом як позитивних так і негативних синдромів з різною прогресивністю [1]. Ці розлади визначаються рубриками міжнародних статистичних класифікацій: шизофренія, шизоафективний, хронічний маячний, гострі й транзиторні психотичні розлади [2, 3].

У зв'язку із загальною тенденцією цих станів до хронічного перебігу однією з провідних проблем лікувально-реабілітаційного процесу є поновлення рівня соціальної активності цих хворих [4].

Психофармакологічна терапія, а першу чергу атипичні антипсихотичні засоби, дозволяють послабити емоційну й соціальну усуненість цих хворих, проте це потребує довготривалих курсів лікування [5].

Одним із напрямків комплексного лікування цих розладів є так звана латеральна терапія [6], яка ґрунтується на керованому впливі на індив-

ідуальний профіль міжпівкулево-діенцефальної взаємодії. В роботі аналізується дія так званої латеральної фізіотерапії або зонально-латеральних електростимуляцій.

Метою дослідження було оцінити дію латеральної фізіотерапії на рівень соціальної активності хворих на ендогенно-процесуальні психози для обґрунтування кола її показань в комплексному лікуванні та реабілітації цих станів.

Ця мета досягалась під час вирішення наступних завдань:

- вивчити вплив зонально-латеральних електростимуляцій на порушення соціальної активності хворих в структурі складного ознакоскладу психозу;
- оцінити дії латеральної фізіотерапії на рівень соціального функціонування пацієнтів під час ремісії, якість і тривалість ремісій;
- уточнити коло показань для застосування латеральної фізіотерапії в лікуванні й реабілітації ендогенно-процесуальних психозів.

**Матеріали та методи дослідження**

В якості моделі терапевтичної динаміки ендогенно-процесуальних психозів ми використовували приступоподібні психотичні стани, які визначались рубриками епізоду параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу [2,3].

Для запобігання систематичних помилок, пов'язаних із ходом дослідження використовувалось мультіаксіальне вивчення стану хворих, яке охоплювало операціональну діагностику рубрики міжнародних статистичних класифікацій [2,3], клініко-психопатологічну якісну оцінку провідних позитивних і негативних синдромів у структурі психотичного приступу [1,7], клініко-статистичну оцінку вираженості симптомокомплексів за допомогою стандартизованих градуированих шкал [5].

Дизайн дослідження передбачав одноцентрове, оригінальне, клінічне, плацебо-контрольова-

не дослідження, наближене до методології квазірандомізованого випробування. Порівнювались провідна та контрольна групи сформовані за принципом «пар випадок-контроль», використовувались загальноприйняті критерії стратифікації. Провідним втручанням була латеральна фізіотерапія, супутнім-психофармакологічна. Використовувалось маскування латеральної фізіотерапії (сліпий метод), коли пацієнту не повідомляли, яке лікування (електростимуляції, або плацебо-процедури) йому проводили [8].

Згідно із вимогами до проектів наукових досліджень методологія роботи відповідає критеріям 2-го класу наукових досліджень [5].

Дослідження проводились впродовж лікування 20 хворих на приступоподібні ендогенно-процесуальні психози, які отримували індивідуально адекватну психофармакологічну терапію

[2,9]. Провідним або „вісьовим” середником був галоперидол.

Латеральна фізіотерапія проводилась на етапі зворотного розвитку психозу.

Хворі розподілялись на дві групи по 10 пацієнтів. В групі 1(провідній) проводились зонально-латеральні електростимуляції, в групі 2 (контрольній) пацієнти стримували плацебо-процедури (аналогічне розташування електродів при вимикненому електростимуляторі).

Склад груп був ідентичним за такими критеріями стратифікації (стандартизації): стать хворих (5 чоловіків та 5 жінок), рубрики Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду [2] та DSM-IV [3] (відповідно 4 хворих на епізод парної шизофренії й 6 пацієнтів із приступом шизоафективного розладу), синдромологічна структура плинного приступу [1], шубоподібним прогресивним типом перебігу ендогенно-процесуального психозу [7], (4 хворих із шубоподібним прогресивним типом перебігу, 6 пацієнтів із шубоподібним шизоафективним) тривалість психозу від початку маніфестації (до 5 років).

Зонально-латеральні електростимуляції проводились безперервною серією негативних прямокутних імпульсів частотою 1-30 Гц, силою електричного струму в 1,2-1,8 рази нижчою за сенсорний поріг, тривалістю 1-3 хвилини.

Використовувався „шийний варіант” розташування електродів: прямокутний анод на контралатеральній долоні, а круглий катод на кантралатеральній половині передньої поверхні шиї [6].

Курс латеральної фізіотерапії охоплював 5 стимуляцій, які проводились щоденно. Їх латеральність послідовно чередували таким чином, що першою, третьою й п'ятою проводились правопівкулеві стимуляції, а другою та четвертою – лівопівкулеві.

Точечна оцінка стану хворих проводилась на таких етапах терапії: А-на початку стаціонарного лікування, Б-на початку латеральної фізіотерапії, В-через добу після правопівкулевих стимуляцій, Г – через добу після лівопівкулевих стимуляцій, Е-наприкінці стаціонарної терапії.

Якісна описова клініко-психопатологічна характеристика хворого доповнювалась клініко-статистичною кількісною оцінкою важкості психопатологічних симптомокомплексів в умовних

балах за шкалою позитивних та негативних синдромів PANSS [10].

Ми аналізували динаміку динаміку ознакоскладів, які найбільше всього визначали обмеження соціальної активності пацієнтів. Це так звані позитивні й загально психотичні ознакосклади: ворожість, напруженість, малоконтактність, завантаженість психотичними переживаннями й активна соціальна усуненість. А окрім того, так звані негативні синдроми: емоційна усуненість і пасивно-апатична соціальна усуненість. [10]

Кількісно оцінювалась динаміка стану хворих шляхом порівняння вираженості симптоматики між такими етапами терапії: на початку й наприкінці стаціонарного лікування А-Е, на початку й під кінець латеральної фізіотерапії Б-Д, після правопівкулевих та після лівопівкулевих стимуляцій В-Г.

Наприкінці стаціонарного лікування кількісно вимірювали загальний рієнь соціального функціонування хворих за допомогою шкали загальної оцінки функціонування текучої ЗОФ системи DSM-III-R [11], якість досягненої ремісії та рівень працездатності хворих за допомогою п'ятибальної шкали КТР [4].

Рівень соціальної адаптації хворих під час виписки якісно ранжували на 4 градації [4]: 1. адаптація, як у здорових, 2. зниження за фахом при регулярній роботі або нерегулярній праці з частотою зміною місця служби, 3. не працюють, не вчаться лише обслуговують себе, 4. повна дезадаптація.

Шляхом катамнестичного дослідження впродовж 24 місяців оцінювали тривалість досягненої ремісії. За тривалістю ремісії ранжували на 5 груп: 1. до 6 місяців; 2. від 6 до 12 місяців; 3. від 12 до 18 місяців; 4. від 18 до 24 місяців; 5. 24 місяці й більше.

Стан хворих під час виписки й після неї порівнювали між провідною та контрольною групами.

Статистична обробка проводилась за допомогою методу Ст'юдента. Розрахунки вели на ІВМ-сумісному комп'ютері з процесором АТ386 в операційному середовищі “Windows 3.1” за допомогою навмисно розробленого співробітником нашої клініки В.М. Клейном (1989) батареї програм пакет статистичної обробки універсальний PSOU.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вплив зонально-латеральних електростимуляцій на зворотній розвиток ознакоскладів, що характеризують порушення соціальної адаптації хворих відображено в таблиці 1.

Правопівкулеві стимуляції супроводжувались редукцією завантаженості психотичними переживаннями, напруженості й ворожості до співрозмовника, поживлялась комуніка-

бельність, збільшувались схильність до емоційно забарвленого спілкування з підсиленням емпатії та синтонності, досягненням більш якісного емоційного резонансу,

збільшенням загальної та соціальної активності хворих. Це давало підстави оцінити дію стимуляції цієї латеральності як терапевтично значущу [6].

Таблиця 1

**Динаміка симптоматики приступу ендогенно-процесуального психозу на етапах терапії в провідній групі**

Ознакоклад за шкалою PANSS	Вираженість симптоматичних в ум. балах на етапах терапії (М ± м)					
	А	Б	В	Г	Д	Е
Ворожість	4,6±0,3*	4,3±0,3*	2,5±0,1*	3,5±0,2	2,0±0,2	1,3±0,2
Напруженість	6,0±0,2*	5,4±0,2*	3,1±0,1*	4,2±0,3	2,7±0,2	2,0±0,2
Малоконтактність	5,0±0,3*	4,6±0,3*	3,2±0,1*	4,1±0,2	2,9±0,2	2,5±0,2
Завантаженість психічними переживаннями	6,1 ±0,4*	5,1±0,2*	3,5±0,1*	4,5±0,2	3,2±0,2	2,0±0,2
Активна соціальна усуненість	6,1±0,3*	5,4±0,2*	3,5±0,1*	4,5±0,2	3,2±0,2	2,0±0,2
Емоційна усуненість	5,0±0,3*	4,8±0,2*	3,4±0,1*	4,3±0,2	3,2±0,2	2,2±0,2
Пасивно-апатична соціальна усуненість	5,0±0,4*	4,9±0,3*	3,2±0,2*	3,9±0,2	2,7±0,2	2,0±0,2

**Примітка:** М – середня, м – помилка середньої. Ймовірність „нульової” гіпотези про відсутність різниці при порівнянні між етапами терапії А-Е, Б-Д, В-Г \*p<0,05

Лівопівкулеві електростимуляції викликали протилежний ефект із тимчасовим загостренням психотичних переживань, підсиленням агресивної напруженості, ворожого ставлення до оточуючих, зменшення виразності емоційно експресивних мімічних та пантомімічних реакцій, збільшенням емоційної й соціальної усуненості, зниженням їх активності. Відповідно, дія лівопівкулевих стимуляцій носила діагностично значущий характер [6].

Тимчасове загострення симптоматики після лівопівкулевих стимуляцій підсилювало терапевтичний ефект наступних правопівкулевих стимуляцій.

Таке «розхитування» симптоматики сприяло подоланню стійкості або буферності складних психотичних ознакокладів до дії біологічної терапії [4,6].

Динаміка відповідних позитивних, негативних і загальнопсихотичних синдромів за шкалою PANSS в контрольній групі відображена в таблиці 2.

Під впливом індивідуально адекватної психофармакологічної терапії в цій групі мала місце редукція завантаженості психотичною симптоматикою з напруженістю ворожістю, зануренням

у хворобливі переживання, відповідно зростала комунікабельність, загальна й соціальна активність хворих.

Проведення плацебо-стимуляцій ніякого впливу на зворотній розвиток емоційного й соціального усунення пацієнтів не надавало. Стан хворих після проведення правопівкулевих і лівопівкулевих плацебо-процедур практично не відрізнявся.

Як походить з таблиць 1 та 2, порівняння стану пацієнтів провідної та контрольної групи під час виписки із стаціонару свідчить про те, що проведення латеральної фізіотерапії дозволило досягти більш окресленої редукції завантаженості психотичними переживаннями з напруженістю, ворожістю, обмеженням контактів, емоційною та соціальною усуненістю з підвищенням активності хворих.

Таблиця 3 відображує кількісні характеристики досягнутої ремісії в провідній та контрольній групах.

Так, проведення курсу зонально-латеральних електростимуляцій в провідній групі дозволило досягти більш високого загального рівня функціонування пацієнтів під час виписки.

**Динаміка симптоматики приступу ендогенно-процесуального психозу на етапах терапії в контрольній групі**

Ознакосклад за шкалою PANSS	Вираженість симптоматики в ум. балах на етапах терапії (M ± m)					
	А	Б	В	Г	Д	Е
Ворожість	5,5±0,4*	4,3±0,2*	4,0±0,1	3,9±0,2	3,5±0,2	2,7±0,1
Напруженість	5,9±0,3*	5,0±0,3	4,2±0,2	4,1±0,2	4,0±0,2	3,2±0,2
Малоконтактність	5,0±0,3*	4,1±0,2	4,0±0,1	4,1±0,2	3,9±0,2	3,5±0,2
Завантаженість психічними переживаннями	6,3±0,3*	5,3±0,3*	4,8±0,2	4,8±0,2	4,5±0,2	3,7±0,2
Активна соціальна усуненість	6,0±0,2*	5,1±0,3	4,8±0,2	4,8±0,2	4,5±0,2	3,7±0,2
Емоційна усуненість	5,4±0,2*	5,0±0,3	4,7±0,1	4,6±0,1	4,5±0,2	3,7±0,2
Пасивно-апатична соціальна усуненість	5,4±0,2*	4,8±0,3	4,4±0,2	4,3±0,2	4,1±0,3	3,0±0,2

**Примітка:** М – середня, м – помилка середньої. Ймовірність «нульової» гіпотези про відсутність різниці при порівнянні між етапами терапії А-Е, Б-Д, В-Г \*p<0,05

В провідній групі було досягнуто ремісії більшої якості з більш високим рівнем працездатності пацієнтів під час виписки.

Таблиця 4 віддзеркалює тривалість досягнутої ремісії та рівень соціальної адаптації хворих під час ремісії в групах.

Таблиця 3

**Характеристика досягнутих ремісій в групах**

Показник, що характеризує ремісію	Величина показника в ум. балах в групах (M ± m)	
	Провідна	Контрольна
ЗОФ текуча	71,1±2,0*	48,0±4,8
Якість ремісії (показник К)	4,0±0,1*	3,2±0,2
Працездатність хворих (показник Т)	4,1±0,3*	3,4±0,2

**Примітка:** М – середня, м – помилка середньої. Ймовірність «нульової» гіпотези про відсутність різниці при порівнянні між етапами терапії А-Е, Б-Д, В-Г, \*p<0,05

Після латеральної фізіотерапії у більшості хворих провідної групи було досягнуто ремісії тривалістю 24 місяця і більше. В контрольній групі тривалість досягнутої ремісії у більшості пацієнтів не перебільшувала 12 місяців.

Проведення зонально-латеральних електростимуляцій в провідній групі у більшості хворих дозволило досягти майже преморбідного рівня соціальної адаптації. В контрольній групі у більшості хворих рівень соціальної адаптації під час досягнутої ремісії лишився зниженим.

Таким чином, зниження соціальної активності у хворих на ендогенно-процесуальні пси-

хозу обумовлено наявністю ознакоскладів, які створюють два кластери.

До першого відносяться так звані позитивні й загальнопсихотичні синдроми [10], обумовлені психотичними галюцинаторно-маячними й афективними розладами [7]: ворожість, напруженість, малоконтактність, завантаженість психотичними переживаннями й активна соціальна усуненість.

Другий утворюють так звані негативні синдроми шкали PANSS [10], які є проявом дискордантних емоційно-вольових та інтелектуально-мнестичних розладів [7] на тлі певного й більш

стабільного реєстра важкості негативної симптоматики [1]: емоційна усуненість і пасивно-апатична соціальна усуненість.

Дія індивідуально адекватної психофармакологічної терапії на ці розлади пов'язана з її впливом на порушення нейромедіаторно-нейрорецепторної

взаємодії в структурі патогенезу цих станів [5].

Вплив на означені ознакосклади зонально-латеральних електростимуляцій свідчить про участь в патогенетичних механізмах цих станів порушень індивідуального профілю міжпівкулево-дienceфальної взаємодії [6].

Таблиця 4

**Розподіл хворих в провідній та контрольній групах за рівнем їх соціальної адаптації під час виписки та тривалості ремісії**

Характеристика соціальної адаптації та тривалість ремісії	Кількість хворих в групах	
	Провідна	Контрольна
Рівень соціальної адаптації хворих під час виписки		
P1. Адаптація, як у здорових	6	2
P2. Зникнення за фахом при регуляції роботи або нерегулярна праця з частою зміною місця служби	4	6
P3. Не працюють, не вчать, лише обслуговують себе	---	---
P4. Повна дезадаптація	---	2
Тривалість досягнення ремісії		
Тр.1. до 6 місяців	2	2
Тр.2. від 6 до 12 місяців	1	6
Тр.3. від 12 до 18 місяців	---	---
Тр.4. від 18 до 24 місяців	---	---
Тр.5. від 24 місяців й більше	7	2

Вищенаведене дає підстави зробити наступні висновки.

Зонально-латеральні електростимуляції дозволяють вплинути на порушення соціальної активності хворих на ендогенно-процесуальні психози, обумовлені активною й пасивною емоційною та соціальною усуненістю пацієнтів. При цьому дія правопівкулевих стимуляцій носить терапевтично значущий характер, а лівопівкулевих – діагностично значущий.

Проведення курсу латеральної фізіотерапії із

завершенням його правопівкулевою стимуляцією дозволяє послабити емоційну та соціальну усуненість хворих на ендогенно-процесуальні психотичні стани з підвищенням соціальної активності пацієнтів, дає можливість досягнути ремісії більшої якості та тривалості.

Доцільно застосування зонально-латеральних електростимуляцій в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів при приступоподібних ендогенно-процесуальних психозах із зниженням соціальної активності хворих.

*А.Н. Линеv*

## **ВЛИЯНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НА СОЦИАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ**

Луганский государственный медицинский университет

Изучали влияние зонально-латеральных электростимуляций на симптоматику приступа эндогенно-процессуального психоза у 20 больных. Правополушарные стимуляции вызывали редукцию симптоматики. Проведение курса латеральной физиотерапии позволяло ослабить социальную и эмоциональную отгороженность больных, повысить качество и длительность ремиссий, трудоспособность и социальную активность пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.147-152)

*A.N. Linev*

## **ACTION OF LATERAL PHYSIOTHERAPY ON SOCIAL ACTIVITY IN THE PATIENTS WITH ENDOGENOUS-REMEDIAL PSYCHOSIS**

Lugansk state medical university

The author studied the action zone lateral electric-stimulation on symptoms episode of endogenous-remedial psychoses in 20 patients. The right hemisphere stimulations caused the reduction of symptoms. Conducting course of lateral physiotherapy made it possible social and emotional fence patients to increase quality and reach of remissions workability and social activity in the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.147-152)

### *Література*

1. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. — 2-е издание перераб. и дополн. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. — С.141-263.
2. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник. — Харків: Аpsic, 2001. — С.80-93.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision: Published by the American Psychiatry Association. DC 2000. — 943 p.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1998. — 528 с.
5. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова /Ф. Дж.Яничан, Дж. М. Дэвис, Ш.Х. Престорн, Ф. Дж. Айд мл. — К.: Ника Центр, 1999. — С. 115-254.
6. Чуприков А.П., Линеv А.Н., Марценковский И.А. Латеральная терапия: Руководство для врачей. — К.: Здоров'я, 1994. — 176 с.
7. Руководство по психиатрии в 2 томах. Т.1/А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999 — С. 407-555.
8. Глоссарий руководства для составления Кокрановских обзоров (Версия 4.1) А.Л. Спасокукоцкий // Укр. мед. часопис. — 2001. — № 1(21), 1/11. — С. 115-135.
9. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): Методичні рекомендації / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Український центр науково-медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи/ Н.О. Марута, А.М. Бачериков. — Харків, 2001. — 20 с.
10. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia// Br. J. Psychiatry. — 1986. — 149. — P. 439-449.
11. Діагностичні критерії з DSM-III-R. — Перекл. з англ. — К.: Абрис, 1994. — С.22-23.

Поступила в редакцию 28.06.2004



УДК 616.89-(09)

*А.А. Двирский***О НЕОБХОДИМОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИЕ ЧАСТНОЙ ПСИХИАТРИИ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ВОЗЗРЕНИЙ ПРОФЕССОРА ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА П.А. БУТКОВСКОГО В ЕГО «ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЯХ» (1834)**

Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Ключевые слова: П.А. Бутковский, нозологическое направление, сочетанные психозы, типы течения

Нозологическая концепция занимает центральное место в психиатрии. Она явилась важным фактором, определяющим прогресс в систематике психических заболеваний. При преподавании психиатрии студентам и врачам на факультете последипломного образования изложению систематики психических заболеваний необходимо уделять внимание истории нозологических воззрений. В многочисленных учебниках и руководствах по психиатрии указывается на L. Kallbaum [1] как на основоположника нозологического направления в психиатрии. Лишь в последнее десятилетие в отдельных работах [2, 3] отмечается приоритет П.А. Бутковского [4] в формировании нозологической концепции в психиатрии.

В течение длительного времени оставалось в тени имя автора первого руководства по психиатрии, основоположника психиатрии славянских стран, профессора Харьковского университета П.А. Бутковского. Первое в России руководство по психиатрии П.А. Бутковского [4] «Душевные болезни», изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании» опубликовано в 1834 году. Оно состоит из двух частей, объем которых составляет 318 страниц. П.А. Бутковский первым внедрил термин «психиатрия», предложенный J. Ch. Reil [5], в название руководства и пользовался им на его страницах.

Руководство П.А. Бутковского [4] получило недостаточно объективную оценку первых рецензентов К.И. Грума [6] и О.И. Сенковского [7], которые не только не являлись психиатрами, но и не имели медицинского образования. В последующем, не анализируя «Душевные болезни» П.А. Бутковского [4], а только сославшись на первых рецензентов [6, 7], П.П. Малиновский [8], Ю.В. Каннабих [9], Т.И. Юдин [10] вновь выступили с недоброжелательной критикой. В

начале 20 века Л.А. Прозоров [11] и ряд исследователей [2, 3, 11] в последнее его десятилетие адекватно, с учетом исторического периода, оценивали вклад П.А. Бутковского в развитие не только отечественной, но и мировой психиатрии.

Наиболее важным в «Душевных болезнях» П.А. Бутковского [4] является глава в первой части «Нозология душевных болезней». Поводом к выделению этой главы, как и написанию всего руководства, по указанию автора, явилось отставание психиатрии от других разделов медицины, что проявлялось в неудовлетворительном разграничении в начале 19 века душевных болезней, когда «все формы сих болезней описывались большею частью под названием меланхолии и бешенства». Причиной этому, в значительной мере, являлось то, что в течение нескольких столетий «психологию преподавали... по одним догматам метафизики».

«Душевные болезни, так же как и телесные, - подчеркивает П.А. Бутковский [4], имеют свои предвестники, свое течение, свои переходы и исходы». Для выделения отдельных психических заболеваний необходимо тщательно анализировать течение болезни и клинику дебюта во взаимосвязи с темпом, скоростью и силой воздействия экзогенного фактора, а также индивидуальными личностными особенностями.

Начало сумасшествия, по мнению П.А. Бутковского [4], иногда проявляется внезапно. Это наблюдается тогда, когда оно вызывается сильно действующими причинами. В других же случаях ему предшествуют различные предвестники, которые определяются особенностями субъекта и болезнетворной причины. Чаще выявлению болезни предшествуют «господствующие идеи», которые определяют «разные замыслы, предприятия» больного. Следует также обращать внимание на то, что до начала заболевания «часто также изменяются привычки, склонности, чувствования и страсти». Представлен-

ные факты свидетельствуют о том, что П.А. Бутковский [4] заложил основы нозологии в психиатрии, а L. Kallbaum [1], спустя почти 30 лет, опубликовал работу в этом же направлении.

Необходимо подчеркнуть, что в отмеченной главе П.А. Бутковский [4] описал не только методологию выделения отдельных психозов, но и их различные типы течения (*typus*). Течение сумасшествия, согласно П.А. Бутковскому [4], бывает «либо непрерывное, (*vesania continua*), имеющее обыкновенно правильное течение и известное продолжение; либо послабляющее (*vesania remittens*), в продолжение которого в известное время рождается явное уменьшение припадков; либо перемежающее (*vesania intermittens*), которое ...возвращается с правильными или неправильными перемежками». Вместе с тем, вполне справедливо отмечено [2], что многочисленные авторы школы А.В. Снежневского, которые почти на протяжении двух десятилетий второй половины 20 века исследовали различные варианты течения шизофрении, не отмечали вклад П. А. Бутковского [4] в выделении типов течения.

П.А. Бутковский [4], базируясь на описанных нозологических критериях выделения душевных болезней и вариантов их течения, предложил систематику психозов и, как показано [2], под различными названиями описал психические заболевания, которые соответствуют современной паранойе, простой, кататонической, параноидной и депрессивно - параноидной шизофрении, парафрении, инволюционному параноиду и инволюционной депрессии. В отношении выделенных им заболеваний П.А. Бутковский [4] в «Предупреждении» писал следующее: «Наблюдения, сделанные в продолжение десятилетних практических занятий на службе, убедили меня в преимуществе системы, которой я следовал при начертании душевных болезней».

Важно отметить, что П.А. Бутковский [4] в главе «Нозология душевных болезней» представил не только методологию выделения отдельных психических заболеваний, но и первым привлек внимание психиатров к проблеме сочетанных психозов и проблеме взаимоотношения психозов с соматическими заболеваниями. «Сопряжения сих болезней встречается как с психическими, так и соматическими болезненными формами». По его мнению, сопряжение душевной болезни с падучею болезнью образует «переход в неизлечимую форму». Спустя более трех десятилетий это положение П.А. Бутковского [4] было подтверждено В. Гризингером [13], кото-

рый подчеркивал, что «формы помешательства, осложненные эпилепсией, излечимы только в редких исключительных случаях. Некоторые заведения ...отказываются вследствие этого принимать всех душевно больных, болезнь которых осложнена эпилепсией». В последующем на существование сочетания шизофрении с эпилепсией указывали Э. Крепелин [14], Е. Bleuler [15]. Показано неблагоприятное влияние скрытой и проявившейся эпилепсии на течение шизофрении [16], а также шизофрении, коморбидной с алкоголизмом [17].

Концепция сочетанных психозов П.А. Бутковского имела большое значение для развития нозологического направления в психиатрии. В связи с этим С.С. Корсаков [8], писал: «Не следует смущаться, встречая картину болезни, не подходящую к одному из определенных типов. ...Между типичными болезнями существуют довольно многочисленные переходные формы. ...Некоторые из них имеют довольно типичные черты, повторяющиеся в довольно стереотипной картине, и поэтому заслуживают того, чтобы быть описанными как ... смешанные психозы. ...Особенностями почвы, на которой развиваются психические болезни, и обуславливаются отклонения от простого типа психозов и появление смешанных форм». Концепция сочетанных психозов позволяет правильно оценивать атипичные варианты шизофрении и других эндогенных психозов, что способствовало бы укреплению нозологического направления в психиатрии. Вместе с тем в МКБ - 10 [19] не выделены сочетанные психозы, которые являются клинической реальностью [15].

П.А. Бутковский [4] первым указывал, что «соматические сопряжения оказывают на психическое расстройство более или менее явственное влияние, ибо первое в таком случае либо на время прекращается, либо совершенно исчезает, и больной совершенно выздоравливает». Спустя более 40 лет одесский врач психиатр А.С. Розенблюм [20] наблюдал случаи выздоровления или значительного улучшения у больных с различными психозами и прогрессивным параличом, которые наступали после заболевания брюшным тифом, малярией и возвратным тифом. В 1917 году J. Wagner - Jauregg [21] ввел лечение прогрессивного паралича малярией, за что в 1927 году получил Нобелевскую премию в области медицины. В этой связи вполне справедливо указывается [2], что осталось забытым имя П.А. Бутковского, который впервые обратил внимание на позитивный эффект острых

соматических заболеваний на течение психозов и тем самым предопределил выше отмеченные способы лечения, предложенные А.С. Розенблумом [20], а в последующем J. Wagner - Jauregg [21].

В аспекте концепции П.А. Бутковского [4] о влиянии соматических заболеваний на течение сумасшествия, соответствующего современной шизофрении, проведено [21] изучение клинико-генетических взаимоотношений шизофрении и сахарного диабета II типа. Среди 2386 больных шизофренией частота сахарного диабета II типа (1,1%) обнаруживалась в 3,1 раза реже, чем в общем населении. У 155 больных шизофренией, сочетающейся с сахарным диабетом II типа, манифестные проявления психоза начинаются преимущественно в возрасте после 35 лет и имеется повышение частоты ремиттирующего типа течения заболевания. Эти данные свидетельству-

ют о том, что генотипические особенности, характеризующиеся скрытым или проявившимся сахарным диабетом II типа, не только препятствует проявлению шизофренического процесса, но и оказывает благоприятное влияние на его течение.

Таким образом, автор первого руководства по психиатрии славянских стран профессор Харьковского университета П.А. Бутковский является основоположником нозологического направления в психиатрии и концепции сочетанных психозов, что способствовало дальнейшему развитию психиатрии. Представление этих воззрений П.А. Бутковского в лекционном курсе врачам психиатрам на факультетах последипломного образования, а также студентам будет способствовать более глубокому формированию у них клинического мировоззрения.

*О.А. Двірський*

### **О НЕОБХІДНІСТІ ВКЛЮЧЕННЯ В ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ПСИХІАТРІЇ НОЗОЛОГІЧНОГО НАПРЯМКУ ПРОФЕСОРА ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ П.О. БУТКОВСЬКОГО У ЙОГО «ДУШЕВНИХ ХВОРОБАХ»(1834)**

Кримський медичний університет ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Професор Харківського університету П.О. Бутковський є автором першого підручника по психіатрії слов'янських країн. Він першим втілює нозологічний напрямок душевних хвороб та концепцію сполучених психозів, що сприяло подальшому розвитку психіатрії. Втілення цих аспектів у викладання психіатрії буде сприяти підвищенню його якості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.153-156)

*A.A. Dvirsky*

### **ABOUT THE NECESSITY OF INCLUDING IN TEACHING OF PRIVATE PSYCHIATRY THE NOZOLOGIC APPROACH OF PROFESSOR OF THE KHARKOV UNIVERSITY P.A. BUTKOVSKY IN HIS «MENTAL DISORDERS» (1834)**

Crimean Medical University, Simferopol

The professor of Kharkov's university P.A. Butkovsky is the author of the first handbook of psychiatry of Slavic countries. He was the first defined nosological principles to of mental diseases and conception of combined psychoses that further development of the psychiatry. Including of these aspects in psychiatry teaching will improve its quality. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.153-156)

*Литература*

1. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen, Dansing, 1863.
2. Двірський А.Е., Яновський С.С. П.А. Бутковський - основоположник психіатрії слов'янських країн і його «Душевні болі». - Сімферополь: Таврія. - 2001. - 208 с.
3. Двірський А.А., Вербенко Н.В. Матеріали к изучению истории развития украинской психиатрии в 19 и начале 20 века // Таврический журнал психиатрии. - 2001. - Т. 5, №2(17). - С. 63 - 65.
4. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.).-СПБ. 1834. - Ч.1. - 168с. Ч.2. - 160 с.
5. Reil J.Ch. Rapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteserkrutungen. - Halle, 1803.
6. Грум К. Положения к работам по психиатрии в связи с выходом в свет книги П. Бутковского «Душевные болі» // Друг здоровья. - 1834. - № 37. - С. 209 - 210.
7. Сенковский О.И. Душевные болі. По поводу сочинения «Душевные болі, изложенные сообразно началам

- нынешнего учения психиатрии доктором медицины Бутковским» // Библиотека для чтения. - 1834. - Т. V. - С. 1 - 16.
8. Малиновский П.П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике (1847). - М., Медгиз, 1960. - 215 с.
9. Каннабих Ю.В. История психиатрии. - М.: Госмедиздат, 1928. - 520 с.
10. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии // Под ред. Б.Д. Петрова. - М.: Медгиз, 1951. - 480 с.
11. Прозоров Л.А. Первые учебники судебной психиатрии // Современная психиатрия. - 1915. - №11 - 12. - С. 429 - 442.
12. Петрюк П.Т., Иваников Ю.В. Харьковский профессор П.А. Бутковский - основоположник научной психиатрии в Украине // История Сабуриной дачи. Успехи психиатрии, нейрохирургии и наркологии. - Харьков, 1996. - Т.3, С. 61 - 64.
13. Гринингер В. Душевные болі: Пер. со 2 - го немец. изд. Петербург, 1867. 610 с.
14. Крепелин Э. Учебник психиатрии: Пер. с 8-га немецк. перераб. изд-я. - М.: Изд-е А.А. Карцева, 1910. - 468 с.
15. Bleuler E. Руководство по психиатрии: Пер. с дополн. по посл. 3 - му изд. д - ра А.С. Розенталя. - Берлин: «Врач», 1920. -

538 с.

16. Двирский А.Е. Роль генотипических факторов в клинических проявлениях, патоморфозе и социально - трудовой реадaptации при шизофрении: Автореф. дис. ...д - ра мед. наук. – М., 1985. - 49 с.

17. Двирський О.А. Клініко - генетичні особливості шизофренії, коморбідної з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю: Автореф. дис... д - ра мед. наук: Київ, 2003. – 36 с.

18. Корсаков С.С. Курс психиатрии Изд - 3. - М.: Типо - лит. В Рихтера, 1913. - 342 с.

19. Международная классификация болезней (10-й

пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб., 1994. - 300 с.

20. Розенблюм А.С. О благотворном влиянии возвратного тифа на течение психозов. Об отношении лихорадочных болезней к психозам //Труды врачей Одесской городской больницы. - Одесса, 1876. - В. 2. - С. 72 - 90.

21. Посвянский П.Б. Вагнер - Яурегг. Большая советская энциклопедия. Издание третье .1976. - Т. 3. - С.552

22. Двирський О.А. Клініко - генетичні особливості та типологія небезпечних дій при шизофренії, що сполучається з цукровим діабетом: Автореф. ...канд. мед. наук. Київ. - 1997. - 18 с.

Поступила в редакцию 22.06.2004

УДК: 616.85

*О.О. Хаустова***ДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X  
(ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД)**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ

Ключові слова: соматизація, соціальні фактори, психосоматичні розлади, метаболічний синдром X

Метаболічний синдром X називають ще «хворобою занадто розвинутої цивілізації». Головна причина виникнення цього синдрому — «сите життя». Назва цього захворювання походить від слова «метаболізм», що є синонімом такого поняття, як «обмін речовин». За останні десятиліття порушення в роботі цього обміну, що є без усякого перебільшення основою життя кожного людського, та й будь-якого іншого живого організму, привело до катастрофічних наслідків. На думку фахівців, більш 35% населення західних країн страждає від метаболічного синдрому, а серед тих, хто переступив 60-літній рубіж частка хворих складає вже 43,5%. В такій високо-розвиненій країні як США кількість хворих на метаболічний синдром перевищує 47 мільйонів чоловік — а це кожен п'ятий її житель. І саме на Заході ще в перші десятиліття XX століття фахівці-медики вперше забили тривогу, зрозумівши, до чого може привести сукупність таких ознак «ситого» життя, як зростання гіподинамії, надкалорійне харчування, недолік біологічно активних речовин і надмірні психологічні навантаження, що приводять до ожиріння, цукрового діабету, атеросклерозу і як наслідок — до цілого «букету» тяжких серцево-судинних захворювань. Виявлено наявність залежних співвідносин між метаболічним синдромом X та такими хворобливими станами, як: ендормні психічні розлади; розлади хронобіології; енцефало- та вісцеропатії; тривожні та депресивні розлади [6,17].

Термін «метаболічний синдром» був остаточно прийнятий в науковій літературі наприкінці 80-х років минулого сторіччя. Метаболічний синдром X як окреме поняття ввів в наукову термінологію під назвою «метаболічний трисиндром» (*trisyndrome metabolique*) J.P Camus у 1966 р.; «синдром достатку» — таку назву цьому синдрому дали Н. Mehnert та Н. Kuhlmann у 1968р. Пізніше цей комплекс порушень отримав назву «метаболічний синдром» (Henefeld M.,

Leonhardt W., 1980). Спочатку можливий зв'язок між складовими цього синдрому заперечували багато вчених, доки в межах різних клінічних проявів інсулінорезистентності людини не були встановлені нові факти. Їх представив в кінці 80-х років XX ст. G.M. Reaven. Він назвав ці клінічні прояви синдромом X, зазначивши тим самим, що індивідуальні ознаки цього стану мають єдине походження (Reaven G.M., 1988). Самими характерними ознаками цього захворювання є наявність таких факторів, як ожиріння, артеріальна гіпертензія (підвищений артеріальний тиск) і гіперліпідемія (порушення жирового обміну). У свою чергу, усі ці фактори практично завжди бувають сполучені з наявністю в хворого так названої інсулінорезистентності тканин, тобто зниженням дії інсуліну, що відповідає за процес утилізації глюкози тканинами при нормальній концентрації інсуліну. Саме порушення дії інсуліну — єдиного гормону, що відповідає за зниження рівня глюкози в крові і за «нормальний» обмін речовин у всіх тканинах — і в печінці, і в м'язах, і в жирових відкладеннях, — і приведе до виникнення і розвитку метаболічного синдрому, чи, як його ще називають, синдрому інсулінорезистентності. Пусковим механізмом розвитку метаболічного синдрому X виступає підвищена активність симпатико-адреналової системи.

Психосоматичний підхід до механізму формування метаболічного синдрому X указує, що це - хвороба тривоги і страху, прихованої агресії й алекситимії. У підсвідомості хворого під впливом реальних або уявних фактів формується застійна тривога. Це явище описане в психологічній літературі як катастрофічне мислення. У відповідь підсвідомі механізми включають еволюційно виправдану реакцію забезпечення майбутнього за допомогою складування енергії, починається формування соматичних складових метаболічного синдрому X. Реакція страху у відповідь на стрес запускає активацію симпато-

адреналової системи, тим самим стимулює розвиток серцево-судинної патології. Особлива роль у формуванні метаболічного синдрому Х приділяється підвищеній ворожості та прихованим формам агресії, втраті почуття екзистенціальної безпеки.

Слід відмітити, що останнім часом спостерігається зближення психоаналітичного психосоматичного напрямку з соматичною медициною і патофізіологією з врахуванням мультифакторної обумовленості виникнення психосоматичних захворювань: приймають до уваги генетичні, гормональні і інші фактори, переглядають деякі концепції [3,4,17,19]. Відомо, що кожний стресорний вплив одержує те чи інше відображення в тілесних відчуттях і процесах як у нормі, так і в патології. Психовегетативний синдром, як неодмінний фізіологічний процес, приймає патологічний характер при надмірній для даного індивіда афективній напрузі; хронічні емоційні стани неминуче обумовлюють вісцеро-вегетативні розлади, які хроніфікуються. Найважливішим положенням є висновок про важливість емоцій у походженні соматичних порушень: «Сполучною концепцією між психологічною і соматичною сферою є афект, що виражається головним чином у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринної моторної реакції і характерним відчуттям страху. З фізіологічної точки зору не має значення те, що суб'єктивна оцінка небезпеки може бути неадекватною. Механізм соматичних наслідків приводиться в дію саме фізіологічним і моторним елементами усєї відповідної реакції» [23]. J. Lipowsky визначив соматизацію як схильність переживати психологічний стрес на фізіологічному рівні [22]. Подібні визначення пропонуються іншими авторами: «вираження особистого і соціального дистресу за допомогою тілесних скарг із пошуком медичної допомоги» [25], «використання

соматичних симптомів для досягнення психологічних цілей» [13]. L.J. Kirmayer і інші автори підкреслюють, що соматизація перекидає різні клінічні категорії, представляючи собою, таким чином, клінічно неоднорідне явище, і не може бути представлена у вигляді однорідного патологічного процесу [23]. Це може дати пояснення тому, що майже всі психосоматичні теорії опираються на фактори ре- і десоматизації, тобто на поживлення онто- або філогенетично більш ранніх поведінкових структур, що викликає потім відносно стійкі шаблони реакцій («поведінка в ситуації страху», «агресія», «захист», «ригідні форми поведінки». Фізіологія лімбічної системи дозволяє встановлювати зв'язки між філогенетично новими системами, такими, як лобні відділи мозку і асоціативні поля, і областями, які контролюють моторику і мову, за допомогою яких трансформуються більш старі форми поведінки.

Дитинство і юність виявляються найбільш впливовими етапами на формування актуальних життєвих стратегій людини, бо це періоди збільшеної мозкової пластичності. Патологічна активація системи відповіді на стрес протягом цих критичних періодів може мати глибокий ефект на її функцію, приводячи до нахилу до патологічних станів [18]. У цих стадіях розвитку, психосоціальні травми спричиняють ряд ментальних змін, що часто закінчуються віддаленою схильністю до тривоги, депресії або до інших реакцій психіки, пов'язаних зі стресом. Хронічна активація системи відповіді на стрес у таких пацієнтів включається у патологічний цикл збільшення гіперглікемії, гіперхолестеринемії і потреб в інсуліні, що надалі може клінічно проявитися у вигляді метаболічного синдрому Х. [16]. Потрібність у безпеці зберігається на протязі всього життя, а отримані в дитинстві психосоціальні травми стають підґрунтям для хвороби.

### Матеріали та методи дослідження

Обстеження хворих проводилось в діабетологічному відділенні Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України; в ендокринологічному, кардіологічному та психоневрологічному відділеннях ДКЛ №1 та ДКЛ № 2 ст. Київ. Нами було проаналізовано психосоціальні фактори з анамнезу життя хворих на метаболічний синдром Х за допомогою розробленої «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта». До уваги приймалися найбільш загальні соціодемографічні показники: вік, стать, освіта, тип професії, родинний стан, склад сім'ї. Зібрано доклад-

ну інформацію про батьківську родину та її вплив на подальше життя пацієнта; особливості сімейного та особистого анамнезу пацієнта, його актуальний фізичний стан та скарги; бачення пацієнтом своєї хвороби та його очікування щодо терапевтичного втручання. «Модальний аналіз існуючих проблем» (окремий діагностичний блок) відобразив різні моменти протягом життя хворих на метаболічний синдром Х, що є неусвідомленими та витісненими, з метою подальшого формування ряду психотерапевтичних «мішеней».

Соматична діагностика метаболічного синд-

рому X проводилась за рекомендаціями ВООЗ згідно з АТР III (Adult Treatment Panel) 2001

(США) при наявності будь-яких 3-х приведених факторів:

Фактор ризику	Діагностичний рівень
Абдомінальне ожиріння	Розмір талії: чол. > 102 см, жін.> 88 см
Тригліцериди	> 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
ХС-ЛВЩ	Чоловіки < 1,0 ммоль/л (< 40 мг/дл) Жінки < 1,2 ммоль/л (< 50 мг/дл)
Артеріальний тиск	> 130/85 мм рт. ст.
Глікемія	≥ 6,1 ммоль/л (> 110 мг/дл)

Нами застосовано також ряд психологічних методик, загальноприйнятих для використання в психіатричній практиці: Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Бека (з діагностики депресії), шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, методика незакінчених речень Сакса-Сіднея в

модифікації для психосоматичних хворих, методика визначення показників і форм агресії А.Басса й А.Даркі, методика «Мета – Засіб – Результат», методика визначення соціальної адаптації і стійкості до стресу Холмса і Рея, методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана (у модифікації Бойко).

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними обстеження 115 пацієнтів отримано наступні дані:

Контрольну групу склали 9 (7,83%) обстежених осіб без ознак метаболічного синдрому X (нормальні вага, артеріальний тиск, толерантність до глюкози). Найбільша питома вага належить особам з неповним набором ознак метаболічного синдрому X (артеріальна гіпертензія і/або порушений вуглеводний обмін і/або ожиріння) - 83 (72,17%) обстежених. Про доцільність виділення осіб зі сполученням 2-3 компонентів метаболічного синдрому говорить той факт, що серед випадкових вибірок з популяцій вони зустрічаються набагато частіше, ніж особи з «повним» метаболічним синдромом [12]. Повний набір клінічних ознак метаболічного синдрому X – артеріальну гіпертензію, ожиріння і порушення вуглеводного обміну – виявлено у 23 (20,0%) пацієнтів.

Вік обстежених нами пацієнтів коливався від 19 до 63 років, із переважанням осіб середнього віку (31-40 років - 48%; 41-50 років - 31,7%).

Такий розподіл хворих на даному етапі обстеження, на наш погляд, обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті стаціонарних хворих та підвищеною смертністю осіб з тяжкими серцево-судинними хворобами. Дані літератури також вказу-

ють на метаболічний синдром X, як на хворобу зрілого віку, але й відмічають значне «помолодження» розладу з появою його у дітей та підлітків [11,22]. Чоловіків в нашому дослідженні було 73 особи (63,5%), жінок - 42 особи (36,5%). Більшість обстежених мала середній спеціальний рівень освіти (64,3%). Серед обстежених більша частина проживає у шлюбі (61,9%) та має одну дитину (60%). Інші проживають самотньо за різними причинами (26,2% - розлучені; 9,5% - вдові и так далі). Проживає окремо від старшого покоління 65,8% обстежених та їх родин, разом - 34,2%.

При модальному аналізі існуючих протягом життя пацієнта проблем (Табл. 1.) відзначено значимість таких психосоціальних факторів, як проблеми адаптації при переході від одного етапу життєвого циклу до іншого (36,3%), неадекватна сімейна підтримка (54,5%), відчуття недостатності розслаблення і відпочинку (63,6%), недостатня фізична активність (81,8%), виснаження (втрата життєвої енергії) (51,3%). Епідеміологічні дослідження, проведені Diest и Appels, також показали, що «виснаження життєвої енергії» є прогностичною ознакою серцево-судинного захворювання в популяціях як здорових осіб, так і кардіологічних хворих, але походження цих симптомів ще мало зрозуміле [17,23].

Крім того, ми виявили важливість таких фак-

торів, як змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві (55,6%), неадекватне батьківське втручання (41,2%), переживання сильного страху в дитинстві (50,4%). Автори психосоматичних теорій та більшість інших дослідників також зазначають вагомий вплив батьківської родини і дитячих вражень на формування психосоматичних розладів [6,10,15,17,18]. Результати нашої роботи дозволяють підтвердити важливу роль аг-

ресивності та реакцій на фрустрацію в етіопатогенезі метаболічного синдрому X. Так, епізоди перебування в ролі «агресор-жертва» відзначалося в 2,3 рази частіше, ніж у контрольній групі. Можна вважати, що дані клініко-психологічного дослідження на прикладі метаболічного синдрому X підтверджують відому раніше гіпотезу, що психосоматичні розлади є одним з різновидів саморуйнуючої поведінки [15,17,23].

Таблиця 1

**Модальний аналіз існуючих проблем**

Окреслені пацієнтами проблеми	Абс.	%
Труднощі адаптації при переході від одного етапу життєвого циклу до іншого	42	36,3
Неадекватна сімейна підтримка або її відсутність	63	54,5
Складна або атипова батьківська ситуація	38	33,0
Змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві	64	55,6
Неадекватне батьківське втручання	47	41,2
Переживання сильного страху в дитинстві	58	50,4
Недостатня фізична активність	94	81,8
Відчуття ізоляції серед оточуючих	29	25,2
Відчуття ізоляції серед однолітків	35	30,4
Незадоволення соціальною роллю	31	29,5
Відчуття недостачі розслаблення і відпочинку	73	63,6
Виснаження (втрата життєвої енергії)	59	51,3
Стрес	49	42,6
Неадекватне харчування	47	40,1
Емоційні проблеми	34	29,6

Таким чином, внаслідок модального аналізу існуючих протягом життя пацієнта проблем ми можемо виділити ряд психосоціальних факторів, значимих для виникнення та розвитку метаболі-

чного синдрому X, для подальшого вивчення етіопатогенетичних механізмів і визначення «мішеней» психотерапевтичної і психофармако-терапевтичної інтервенції.

*О.О. Хаустова*

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X (ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД)**

Украинский НИИ социальной судебной психиатрии и наркологии МЗ

Психологические проблемы, образ жизни наряду с соматическими симптомами непосредственно имеют отношение к метаболіческому синдрому X (MSX). Депрессивные, тревожно-депрессивные и обсессивно-компульсивные расстройства упоминаются в сочетании с метаболіческим синдромом уже на преκлиническом уровне. Психосоматический аспект диагностики MSX предполагает поиск диагностических маркеров, сопряженных в течение жизни с активностью симпат-адреналовой системы. В рамках многоосевого метода диагностики мы разработали «Мультимодальную карту обследования психосоматического пациента». Исследование отдельных диагностических блоков 115 пациентов указывает достаточную достоверность выявления диагностических маркеров метаболіческого синдрома X, что позволяет нам продолжать исследование. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.157-161)



**DIAGNOSTIC MARKERS OF METABOLIC SYNDROME X DEVELOPMENT  
(PSYCHOSOMATIC APPROACH)**

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and narcology

The Psychological problems, lifestyle alongside with somatic symptoms directly refer to metabolic syndrome X (MSX). Depressive, anxious-depressive, obsessive-compulsive disorders are mentioned in combination with metabolic syndrome on preclinic level already. The Psychosomatic aspect of diagnostics MSX expects searching for of diagnostic markers associate during lifes with activity of sympathico-adrenalic system. Within the framework of multiaxial method of diagnostics we have made «Multimodal card of psychosomatic patient examination». The Study of separate diagnostic blocks 115 patients indicates sufficient validity of revealing the diagnostic markers of metabolic syndrome X that allows us to continue the study. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.157-161)

*Література*

1. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. - М., 1995. - 605 с.
2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. — К., 1997. — Т. 2. - 435 с.
3. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М.: Триада-Х, 2000. - 256 с.
4. Есаян Н.Ф. Психосоматика детского возраста и психоанализ // Российский психоаналитический вестник. - 1993-1994.-№3-4. - С. 71-76.
5. Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: Механизмы специфичности психовегетативного эффекта. — Л.: Наука, 1990. - 175 с.
6. Коваленко А.Н., Логановский К.Н. Синдром хронической усталости и метаболический синдром X у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы // Укр мед часопис.-2001.-N.6 (26).-с.70-81.
7. Коркина М. В., Марилов В. В. Психосоматические расстройства: Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — С. 501-502.
8. Коркина М. В., Марилов В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 1998.-Т. 98, № 11.-С. 30-32.
9. Метаболічний синдром X // Укр мед часопис.-2001.-N.4 (24).-с.93-96.
10. Михайлов Б. В., Табачников С. И и др. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии соматоформных расстройств // Проблемы медичної науки та освіти.-№2-2001, с.22-26.
11. Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972. — С. 47—55.
12. Руководство по психиатрии / Под. ред. А. С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - 712 с.
13. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи). - Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1999.- №4
14. Фрейд З. Психология бессознательного.— М.: Просвещение,1989. - 448 с.
15. Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология. Пер. с фр. Под ред А.Н.Леонтьева.-М: Прогресс.-1975.-284с.
16. Bao W, Srinivasan SR, Wattigney WA, Berenson GS. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood // Arch Intern Med.- 1994.- Vol.154.- p.1842-1847.
17. Barefoot JC, Larsen S, von der Lieth L, Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // Am J Epidemiol.- 1995.- Vol.142.- p.477-484.
18. Berenbaum H., James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia // Psychosom. Med. — 1994. - Vol. 56. - P. 363-359.
19. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // Psychol. Rep. - 1994. - Vol. 75. - P. 835-838. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. - 1996. - Vol. 13. - P. 1.
20. Harmon R. L., Mayer M. A. Prayer and meditation as medical therapies // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. — 1999. - Vol.10, № 3. - P. 651-662.
21. Klusmann R. Ongoing conflict situations and physical disease // Wien. Med. Wochenschr. — 1999. — Vol. 149, №11.— P. 318-322.
22. Matthew H. Occupational factors and unexplained physical symptoms.- Advances in Psychiatric Treatment, 1998.-vol.4.-pp.151-158.
23. Nickel R., Egle U. Somatoforme Stoerungen. Psychoanalytische Therapie // Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch / W. Senf, M. Broda (Hrsg.). - Stuttgart, NewYork: Georg Thieme Verlag, 1999.-P. 883-842.
24. Ravaja N, Keltikangas-Järvinen L, Keski-vaara P. Type A factors as predictors of changes in the metabolic syndrome: precursors in adolescents and young adults. A 3-year follow-up study. //Health Psychol.- 1996.- Vol.15.-P.18-29
25. Vitaliano PP, Scanlan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults.// Psychosom Med.-1996/- Vol.58.- P. 489-99
26. Wolff H. Life stress and bodily disease//Life stress and bodily disease / H. Wolff et al. (Eds.). - Baltimore: Williams, WHO. 1996.

Поступила в редакцию 9.07.2004

УДК 616.89-053.9

*Н.А. Дзеружинская***К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВОЗНИКШИМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: пожилые больные, депрессивные расстройства, хроническая сердечно-сосудистая патология, качество жизни

В последние годы в психиатрии достаточно широко изучаются вопросы качества жизни больных с психическими расстройствами [1, 2]. Качество жизни, связанное со здоровьем, является интегративным показателем. Он подразумевает оценку физического и психического состояния больного, а также уровень его социального функционирования и активности. Для оценки влияния различных заболеваний на качество жизни используются различные опросники. Большинство из них представляют собой форму самоотчетов пациентов и оценивают как объективные (физическая активность, доход, количество утраченных увлечений и пр.), так и субъективные (эмоциональный статус, удовлетворенность жизнью, самочувствие больных и пр.) критерии качества жизни. Ряд авторов указывают на необходимость адекватной интерпретации результатов исследования качества жизни в сопоставлении с клиническими данными [3].

В пожилом возрасте, как правило, снижается активность и ухудшается здоровье. Особенности организма пожилых и старых людей со

свойственным этому возрасту наличием множественных хронических соматических заболеваний требуют изменения подходов к лечению и реабилитации этой популяции, использования новых показателей для оценки их адекватности [4]. Депрессивные расстройства являются существенной причиной ухудшения качества жизни пациентов старшей возрастной группы. А сочетание множественной соматической патологии с этими расстройствами создает диагностические и терапевтические сложности как для врачей-интернистов, так и для психиатров. Наличие таких микстов затрудняет адекватное социальное функционирование не только самих больных, но и лиц их ближайшего окружения.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ качества жизни больных хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ХССЗ) с депрессивными расстройствами и без сопутствующей психической патологии, а также оценка влияния психофармакотерапии на показатели качества жизни этих больных.

**Материал и методы исследования**

В основу работы положены результаты клинико-психопатологического исследования 114 пожилых больных, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении института геронтологии АМН Украины. Средний возраст пациентов составил  $72,4 \pm 6,2$  лет. Преобладание женщин среди исследованных больных отразило существующую ныне в Украине демографическую ситуацию (68,3% женщин и 31,7% мужчин).

Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании, были обследованы клиническим (соматическое и неврологическое состояние) и клинико-психопатологическим методом с применением краткой шкалы психического состояния (MMSE) для оценки состо-

яния интеллектуально-мнестических функций [5], гериатрической шкалы депрессии (GDS) для выявления депрессивных расстройств [6]. Результаты были обработаны статистически с помощью компьютерных программ группировки данных и математического анализа Excel и Statistica (StatSoft) в операционной системе Windows 98.

Хроническая сердечно-сосудистая патология была представлена ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения различных функциональных классов и гипертонической болезнью (ГБ) - кардиологическим вариантом I-III стадии. Практически у всех пациентов наблюдались одновременно ИБС и ГБ. По ведущему кардиологическому диагнозу

пожилые пациенты подразделялись на больных ИБС - 77 (67,5%) чел. и больных ГБ - 37 (32,5%) чел. Группа ГБ была представлена в основном больными в возрасте 60-69 лет, а пациенты с ИБС – более старшей возрастной группы (70-79 лет). 25,4% больных перенесли в прошлом (более 1 года) инфаркт миокарда. У 28,9% больных имелись выраженные нарушения ритма сердца (пароксизмы фибрилляции предсердий с частотой более 1 пар./мес., желудочковые экстрасистолы Ш-IV кл. по Lown).

Проведенное исследование базировалось на соматопсихиатрическом подходе к оценке психической патологии у геронтологических пациентов. Клинический диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 рубрики F06.3 «Органическое аффективное расстройство (расстройство настроения)». Группу пациентов с депрессивным расстройством составили 59 больных. 32 пациента с депрессивными расстройствами (1 подгруппа) получали психофармакотерапию (флуоксетин, миансерин, тианептин в дозировках, рекомендуемых для пожилых лиц) на протяжении срока пребывания пациента в стационаре (три недели). 27 пациен-

тов с депрессивным расстройством (2 подгруппа) отказались от приема антидепрессантов и получали только базовую терапию ХССЗ.

Группу сравнения составили 55 пожилых пациентов без сопутствующей психопатологической симптоматики. По полу, возрасту, социальным факторам (семейному положению, образовательному уровню, условиям проживания и уровню дохода), соматическому состоянию достоверных различий со всей обследованной группой выявлено не было. Число пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в группе сравнения было достоверно меньше ( $p < 0,05$ ).

Для оценки качества жизни пожилых пациентов нами применялся опросник «Изменение качества жизни в связи с заболеванием» [7]. Опросник состоит из 20 пунктов, объединенных в 5 разделов, описывающих сферы бытовой жизнедеятельности, социальной активности, физическое состояние, когнитивные функции и эмоциональное состояние. Каждый пункт оценивается от 0 (минимальное изменение) до 3 (максимальное изменение) баллов. Интегративный показатель изменения качества жизни определяется путем суммирования баллов по всем пунктам опросника.

### Результаты исследования и их обсуждение

Проведенное в начале работы исследование с помощью краткой шкалы психического состояния (MMSE) позволило выявить, что у всех больных с ХССЗ состояние когнитивных функций позволяет принимать участие в дальнейшем исследовании (показатели MMSE составили 24 балла и выше). Результаты применения гериатрической шкалы депрессии выявили, что средний балл по этой шкале у больных с депрессивным расстройством составил  $6,9 \pm 0,7$  балла в 1 подгруппе и  $6,7 \pm 0,6$  во 2 подгруппе.

Средний показатель изменения качества жизни у больных ХССЗ без сопутствующей психической патологии составил  $21,4 \pm 1,7$  балла. Наибольшие средние значения в этой группе были получены по пунктам 1-5 (жалобы церебраль-

ного характера), 9-10 (снижение внимания, памяти) и 18-20 (отдых, общение).

Средний показатель изменения качества жизни у больных ХССЗ с депрессивными расстройствами составил  $34,2 \pm 2,8$  балла в 1 подгруппе и  $31,6 \pm 2,3$  балла во 2 подгруппе. Наибольшие средние значения по основным сферам качества жизни были получены в обеих подгруппах по пунктам 6-7 (эмоциональные нарушения), 1-5 (жалобы церебрального характера), 18-20 (отдых, общение) и 9-10 (снижение внимания, памяти).

После завершения курса терапии состояние всех пациентов с ХССЗ улучшилось, отражением чего является уменьшение среднего показателя качества жизни, однако степень его редукции была различной (см. табл.1).

Таблица 1

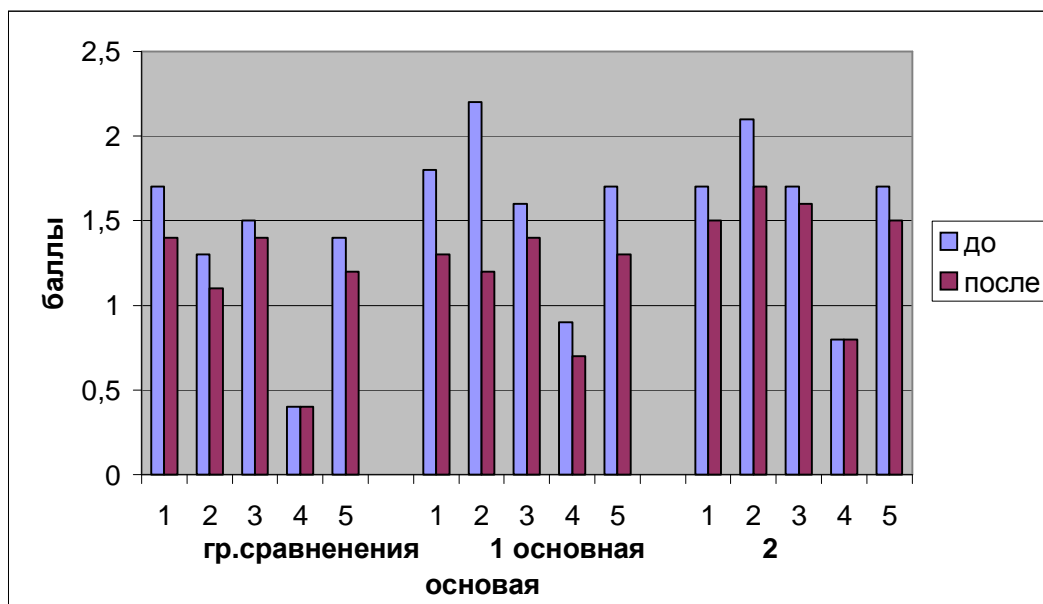
**Динамика среднего показателя изменения качества жизни у пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Стадия исследования	1 основная подгруппа (n=32)	2 основная подгруппа (n=27)	Группа сравнения (n=55)
До лечения	$34,2 \pm 2,8$	$31,6 \pm 2,3$	$21,4 \pm 1,7$
После лечения	$20,3 \pm 2,1^*$	$26,5 \pm 1,3$	$18,2 \pm 1,9$

**Примечание.** Разница достоверна относительно исходного состояния при \* -  $p < 0,05$ .

Динамика средних значений самооценки пожилыми больными с ХССЗ по основным сферам качества жизни в разных подгруппах представлена на рисунке 1. При более детальном рассмотрении рисунка заметно, что редукции подверглись показатели по всем сферам качества жизни у всех групп пациентов. Сравнение состояния больных с депрессивными расстройствами в двух подгруппах позволило отметить уменьшение частоты соматических жалоб, улучшение концентрации внимания, выравнивание настроения, уменьшение явлений астенизации.

Однако достоверными эти изменения были лишь в 1 подгруппе ( $p < 0,05$ ). Достоверными оказались и различия между двумя подгруппами больных с депрессивными расстройствами в динамике изменений в сферах соматического (физического) и эмоционального состояния. Динамика улучшения настроения подтверждена и результатами повторного тестирования с помощью гериатрической шкалы депрессии. Достоверной выявилась динамика этих результатов в 1 подгруппе больных с депрессивными расстройствами ( $p < 0,05$ ).



**Рис 1.** Самооценка пожилыми больными с ХССЗ изменений основных сфер качества жизни: 1 – физическое состояние, 2 – эмоциональная сфера, 3 – когнитивная сфера, 4 – сфера бытовой жизнедеятельности, 5 – сфера социальной активности.

Улучшение интеллектуально-мнестических функций также отмечалось во всех группах, что нашло подтверждение и в результатах повторного тестирования с помощью MMSE (различия не достоверны).

Подводя итог вышеизложенному, необходимо отметить два момента. Во-первых, возникновение депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста с ХССЗ существенно ухудшает качество жизни этих больных, причем не только в сфере психического здоровья (эмоциональной и когнитивной), но и во всех других сферах жизни.

Во-вторых, только своевременное применение адекватной терапии (антидепрессанты) дает

возможность ощутимо улучшить качество жизни лиц пожилого возраста с депрессивными расстройствами.

Применение показателя качества жизни с учетом изменений по основным его сферам является хорошим подспорьем для оценки результативности лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых для лиц пожилого возраста. Это способствует более эффективному выявлению и лечению сочетанных видов психической и соматической патологии, предупреждению их возникновения у лиц старшего возраста, возвращению к активной жизни многих пожилых людей и уменьшению экономических затрат на здравоохранение.

## **ДО ПИТАННЯ ПРО ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО ВИНИКЛИ НА ТЛІ ХРОНИЧНОЇ СЕРЦЕВО-СУДИНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Українській НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Стаття базується на результатах дослідження 114 пацієнтів похилого віку з хронічними серцево-судинними захворюваннями (ХССЗ). Метою роботи було вивчення змін у якості життя у хворих похилого віку з ХССЗ у зв'язку з виникненням в них депресивних розладів, а також вплив психофармакоterapiї на цей показник. У ході дослідження застосувались гериатрична шкала депресії, коротка шкала психічного стану, опросник «Зміна якості життя у зв'язку з захворюванням». Виявлено розбіжності у якості життя пацієнтів у основної та групі порівняння, а також у хворих з органічним депресивним розладом після проведення психофармакоterapiї у зрівнянні з початковим станом. Зроблено вивід про те, що депресивні розлади істотно знижують якість життя пацієнтів похилого віку, а своєчасна терапія цих розладів допомагає відновлювати їх задоволеність своїм соціальним функціонуванням. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.162-165)

*N.A. Dzeruzhinskaya*

## **TO THE QUESTION ON QUALITY OF THE LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH THE DEPRESSIVE DISORDERS WHICH HAVE ARISEN ON THE BACKGROUND OF THE CHRONIC CARDIOVASCULAR PATHOLOGY**

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology

The article is based on results of research of 114 elderly patients with chronic cardiovascular diseases (CCVD). The purpose of work was studying changes of quality of a life at elderly patients with CCVD in connection with occurrence at them depressive disorders, and also influence psychopharmacotherapy on this parameter. During research the geriatric scale of depression, a brief scale of a mental condition, a questionnaire «Change of quality of a life in connection with disease» were applied. Distinctions are revealed as a life of patients basically and group of comparison, and also at patients with organic depressive disorders after carrying out psychopharmacotherapy in comparison with an initial condition. It is judged that depressive disorders essentially reduce quality of a life of elderly patients, and duly therapy of these disorders helps to restore their satisfaction the social functioning. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.162-165)

### *Литература*

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — Т.4, вып.4. — С.38-46.
2. Петрова Н.Н., Дмитриев А.Ю., Случевская С.Ф. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1998. — №2. — С.60-62.
3. Groll S., Weidenhammer W., Schmidt A. Considerations on the use of the construct "Quality of life" as a goal variable in clinical research // Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis. — 1991. — Bd.80, №20. — S. 560-564.
4. Чеботарев Д.Ф. Медицинская реабилитация в гериатрии // Проблемы старения и долголетия. — 1991. — Т.1, №1. — С.83-91.
5. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-Mental State»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. — 1975. — Vol. 12. — P. 189-198.
6. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report // J. Psychiatr. Res. — 1983. — Vol. 17. — P. 37-49.
7. Шаповалова С.А., Белова А.Н., Михайловский Л.В., Григорьева В.Н. Оценка качества жизни больных пожилого возраста дисциркуляторной энцефалопатией // Клиническая геронтология. — 1999. — №4. — С.24-30.

Поступила в редакцию 10.07.2004

*О.Н. Голоденко*

## СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЯМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: качество жизни, депрессивные расстройства, предстарческий и пожилой возраст

Различные формы депрессий широко распространены в различных странах. По данным Всемирной организации (ВОЗ) депрессиями страдает около 5% населения земного шара. Особенно значителен рост числа депрессивных состояний, достигающих 40-60% всех психических заболеваний, в позднем возрасте [1]. Положение пожилого человека в современном обществе не отделимо от общих социальных и экономических изменений, происходящих в нем. В контексте определения ВОЗ понятия здоровья как полного физического, психологического и социального благополучия пожилые люди ни по одному параметру не могут считаться здоровыми.

В последние годы термин «качество жизни» (КЖ) широко используется в мире. Рост интереса к этой проблеме является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека. Являясь первоначально социологическим понятием, термин КЖ в настоящее время нашел употребление в медицине.

Качество жизни пожилого человека – это интегральный показатель, отражающий не только выраженность симптомов заболевания, но и функциональное, и психологическое состояние пациента, социальную активность, удовлетворенность помощью медперсонала, ощущение собственного здоровья, физического и психического благополучия [2].

Описания различных аспектов социального статуса и функционирования психически больных остаются единичными. При этом мало внимания уделяется самооценке пациентов, а в тех

работах, где эти данные приводятся, они рассматриваются как элементы критики к заболеванию и его последствиям. Вместе с тем, в настоящее время психиатрическая помощь строится на основе партнерских отношений с пациентом, с учетом его мнений и суждений, в т. ч. о КЖ [3, 4, 5].

Динамическое взаимодействие в терапевтическом процессе определяется достижением баланса между эффективностью фармакологического и психотерапевтического взаимодействия и приемлемым КЖ. Одной из перспективных стратегий реабилитации является повышение КЖ и, следовательно, улучшение психического здоровья [6].

Проблемы КЖ пожилых выходят далеко за рамки медицинских вопросов. Наряду с обеспечением качества и доступности медицинской помощи, необходимо иметь в виду такие вопросы, как одиночество пожилых, потери близких людей, трудности социальной адаптации при резких изменениях окружающего мира, при перемещении в пространстве [7, 8, 9]. Эти проблемы не могут и не должны перекладываться на плечи семьи. Следовательно, в стране должна быть разработана концепция помощи пожилым.

Цель нашего исследования заключается в изучении КЖ лиц позднего возраста, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре по поводу депрессий и лиц этого же возраста, которые никогда не обращались к психиатру.

### Материалы и методы исследования

В качестве основного инструмента исследования была использована методика ВОЗ КЖ – 26 (сокращенный), которая представляет собой опросник для самостоятельного заполнения. Его вопросы касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни. Этот метод явля-

ется универсальным и позволяет сравнивать КЖ разных популяций, принадлежащих к разным культурам. Опросник отражает субъективную оценку благополучия респондентов и их удовлетворенность условиями жизни. Он имеет модульную структуру, где центральный модуль со-

ответствует общим для всех людей аспектам КЖ. Специфические же модули применяются для оценки КЖ больных, страдающих определенными болезнями или живущих в особых обстоятельствах. С помощью этого опросника осуществлялась оценка четырех крупных аспектов (сфер) КЖ (I сфера – физическое состояние, II сфера – психологическое состояние, III сфера – социальные отношения, IV – сфера окружающей среды) и общего показателя КЖ по пяти уровням (1 – очень низкий уровень, 2 – низкий уровень, 3 – умеренный (ограниченный) уровень, 4 – удовлетворительный (посредственный) уровень, 5 – хороший (достаточный) уровень).

В исследовании принимали участие 42 пациента (основная группа), находившихся на стационарном лечении в Центре аффективной па-

тологии ОПНБ г. Донецка по поводу различных депрессий (депрессивный эпизод (F32) – 4 человек (9,5%), рекуррентное депрессивное расстройство (F33) – 12 человек (28,6%), депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 26 человек (61,9%)), впервые возникших после 45 лет. Среди них лиц предстарческого возраста (45-59 лет) было 12 человек (28,6%), а пожилого (60-74 лет) – 30 человек (71,4%). Группа сравнения – 26 человек аналогичного возраста, не имевших клинических проявлений депрессии и никогда не попадавших в поле зрения психиатров, среди них предстарческого возраста – 20 человек (76,9%), пожилого – 6 (23,1%). В обеих группах преобладали женщины: 1 группа – 85,7 % (36 человек), 2 группа – 84,6 % (22 человека).

### Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов основной группы (1 группа) среднее число общего показателя КЖ соответствовало ограниченному уровню КЖ (65,6 балла), в группе сравнения (2 группа) – посредственному (80,9 балла). В обеих группах достаточного и очень низкого уровней общего показателя КЖ выявлено не было.

Средние арифметические показатели по сферам в 1 группе составили: I сфера (физическое состояние) – 17,3 балла, что соответствует ограниченному уровню КЖ в данной сфере; II сфера (психологическое состояние) – 13,0 балла, огра-

ниченный уровень КЖ; III сфера (социальные отношения) – 9,0 балла, ограниченный уровень КЖ; IV (сфера окружающей среды) – 21,1 балла, ограниченный уровень КЖ. В группе сравнения (2 группа) эти показатели были такими: I сфера (физическое состояние) – 23,1 балла, посредственный уровень КЖ; II сфера (психологическое состояние) – 19,1 балла, посредственный уровень КЖ; III сфера (социальные отношения) – 11,2 балла, посредственный уровень КЖ; IV (сфера окружающей среды) – 21,7 балла, ограниченный уровень КЖ (таб.1).

Таблица 1

#### Сравнительная характеристика КЖ по сферам и общего показателя в основной группе и группе сравнения (средние арифметические показатели)

Группы \ КЖ	I сфера	II сфера	III сфера	IV сфера	Σ КЖ
Основная группа	17,3 °	13,0 °	9,0 °	21,1 °	65,6 °
Группа сравнения	<b>23,1 "</b>	<b>19,1 "</b>	<b>11,2 "</b>	21,7 °	<b>80,9 "</b>

В 1 и во 2 группах испытуемые предстарческого и пожилого возраста оценивали свое КЖ (общий показатель) на ограниченном уровне (1 группа – 69,5 и 64,0 балла; 2 группа – 80,2 и 83,0 балла соответственно). В I, II и IV сферах пациенты 1 группы оценили КЖ, как ограниченное (19,7 и 17,7 балла; 12,7 и 13,0 балла; 24,0 и 20,7 балла соответственно), в III сфере: предстарческий возраст – ограниченный уровень (8,7 балла), пожилой – посредственный (9,6 балла). Испытуемые предстарческого возраста 2 группы в I, II и III сферах КЖ

оценили на посредственном уровне (26,1; 19,5; 9,6 балла), в IV сфере – на ограниченном (20,8 балла); пожилого: I и IV – посредственный (22,3 и 24,7 балла), II сфера – ограниченный (17,7 балла) и III сфера – достаточный (13,0 балла).

Распределение испытуемых обеих групп по полу, образованию, материальному и семейному положению дало следующие результаты.

Все пациенты 1 группы не независимо от социально-демографических особенностей оценивали КЖ в I и IV сферах, а также общий показатель

КЖ, как ограниченное. Во II сфере образование и материальное положение не имели различий по уровню КЖ (ограниченный), зато на низком уровне оценивали КЖ в психологической среде женщины и одиноко проживающие пациенты (мужчины и лица проживающие в семьях - ограниченный). Ограниченным уровнем КЖ в сфере социальных отношений (III сфера) оценивали пациенты мужского пола, с начальным образованием, удовлетворительным материальным положением и одиноко проживающие, остальные КЖ в III сфере оценивали как посредственное.

Испытуемые 2 группы оценивали свое КЖ на более высоком уровне. Общий показатель КЖ был оценен на ограниченном уровне лицами со средним специальным образованием, неудовлетворительным материальным положением и одиноко проживающими, у остальных этот показатель был на посредственном уровне. В сфере I и III различий по социально-демографическим особенностям не было, все испытуемые оценивали КЖ в этих сферах, как посредственное. Во

II сфере лица с неудовлетворительным материальным положением КЖ оценивали на ограниченном уровне, остальные на посредственном. В IV сфере уровень КЖ был ограниченным, кроме лиц с удовлетворительным материальным положением, которые сферу окружающей среды оценивали на посредственном уровне (таб.2).

В группах пациентов с различными депрессивными расстройствами, получены данные, свидетельствующие о том, что во всех трех группах (F06,32; F33; F32) общий показатель КЖ был ограниченным, но по сферам имелись существенные отличия. Пациенты с органическими депрессивными расстройствами во всех сферах имели ограниченный уровень КЖ, кроме сферы социальных отношений (III), в которой уровень КЖ был посредственным; у пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами во всех сферах наблюдался ограниченный уровень КЖ; пациенты с депрессивными эпизодами оценили свой уровень КЖ во II и IV сферах как ограниченный, I и III сферах – как посредственный (таб.3).

Таблица 2

**Показатели (средние арифметические) КЖ, по сферам и общий показатель, в зависимости от социально-демографических особенностей**

Социально-демографические показатели		1 группа (основная)					2 группа (группа сравнения)				
		I сфера	II сфера	III сфера	IV сфера	Σ КЖ	I сфера	II сфера	III сфера	IV сфера	Σ КЖ
Возраст	Предстарческий	19,7°	12,7°	8,7°	24,0°	69,5°	26,1 <sup>п</sup>	19,5 <sup>п</sup>	9,6 <sup>п</sup>	20,8°	80,2 <sup>п</sup>
	пожилой	17,7°	13,0°	9,6 <sup>п</sup>	20,7°	64,0°	22,3 <sup>п</sup>	17,7°	13,0 <sup>п</sup>	24,7 <sup>п</sup>	83,0 <sup>п</sup>
Пол	мужчины	21,3°	14,3°	7,3°	21,0°	70,3°	25,0 <sup>п</sup>	20,5 <sup>п</sup>	11,5 <sup>п</sup>	23,0°	86,0 <sup>п</sup>
	женщины	17,7°	<b>12,3<sup>п</sup></b>	9,3 <sup>п</sup>	21,2°	64,8°	22,7 <sup>п</sup>	18,8 <sup>п</sup>	11,1 <sup>п</sup>	21,5°	79,9 <sup>п</sup>
Образование	высшее	18,4°	13,4°	9,6 <sup>п</sup>	21,4°	68,2°	23,8 <sup>п</sup>	19,8 <sup>п</sup>	11,0 <sup>п</sup>	23,5°	84,0 <sup>п</sup>
	среднее	19,25°	12,5°	9,4 <sup>п</sup>	19,25°	63,75°	22,4 <sup>п</sup>	18,4 <sup>п</sup>	11,3 <sup>п</sup>	20,1°	78,1°
	начальное	17,25°	13,1°	8,4°	22,9°	65,75°	-	-	-	-	-
Материальное положение	Удовлетворительное	19°	14°	8,7°	21,9°	68,7°	23,9 <sup>п</sup>	19,6 <sup>п</sup>	11,6 <sup>п</sup>	24,25 <sup>п</sup>	85,5 <sup>п</sup>
	Неудовлетворительное	17,9°	12,8°	9,2 <sup>п</sup>	20,8°	64,0°	21,8 <sup>п</sup>	18,2°	10,4 <sup>п</sup>	17,6°	73,4°
Проживает	в семье	19,5°	13,6°	9,3 <sup>п</sup>	23,3°	70,8°	24,2 <sup>п</sup>	19,3 <sup>п</sup>	11,3 <sup>п</sup>	22,0°	83,8 <sup>п</sup>
	одиноко	16,7°	<b>12,1<sup>п</sup></b>	8,7°	18,2°	58,5°	22,1 <sup>п</sup>	18,9 <sup>п</sup>	11,0 <sup>п</sup>	21,4°	78,2°
Инвалидность	имеет	19,25°	<b>11,75<sup>п</sup></b>	6,5°	22,25°	63,5°	21,6 <sup>п</sup>	18,2°	11,8 <sup>п</sup>	22,4°	78,8 <sup>п</sup>
	не имеет	19,2°	13,2°	9,6 <sup>п</sup>	20,9°	66,1°	24,0 <sup>п</sup>	19,6 <sup>п</sup>	10,75 <sup>п</sup>	21,25°	82,1 <sup>п</sup>

**Примечание:** н - низкий уровень КЖ; о - ограниченный уровень КЖ; п - посредственный уровень КЖ; д - достаточный уровень КЖ.

Таблица 3

**Средние арифметические показатели КЖ по сферам и общий показатель КЖ в группах пациентов**

Диагностические категории	I сфера	II сфера	III сфера	IV сфера	Σ КЖ
F 06,3	17,8°	12,7°	<b>9,4<sup>п</sup></b>	20,3°	63,7°
F 33	17,2°	12,8°	8,2°	23,3°	67,2°
F 32	<b>22,5<sup>п</sup></b>	15,0°	<b>9,5<sup>п</sup></b>	20,0°	73,0°



На основе проведенного анализа получены данные, свидетельствующие о том, что у лиц позднего возраста с депрессиями, возникшими впервые после 45 лет, субъективная оценка КЖ находится на более низком уровне, чем в группе сравнения. Низкий уровень КЖ отмечают в сфере психического состояния женщины, одиноко проживающие пациенты и лица, имеющие инвалидность. Более высоко КЖ оценивали в сфере социальных отношений: на посредственном уровне его оценивают пациенты пожилого возраста, женщины, лица с высшим и средним

образованием, неудовлетворительным материальным положением, проживающие в семьях и не имеющие инвалидности. Пациенты, находящиеся на лечении по поводу депрессивного эпизода, лучше оценивают свое КЖ, чем остальные больные. Хуже всего показатели КЖ были у пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами (во всех сферах ограниченный уровень) и с органическими депрессивными расстройствами: посредственный уровень КЖ был лишь в III сфере, в остальных ограниченный.

*О.М. Голоденко*

## **СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЇ В ПЕРЕДСТАРЕЧОМУ І ПОХИЛОМУ ВІЦІ**

Донецький державний медичний університет

За допомогою стандартизованного опитувальника ЯЖ-26 досліджені пацієнти з депресіями в передстаречому і похилому віці. Проведений порівняльний аналіз із групою осіб того самого віку, що ніколи не потрапляли в поле зору психіатрів. Виявлені розбіжності в рівні якості життя між хворими на депресію і особами досліджуваного віку, що не мають психіатричної патології. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.166-169)

*О.М. Golodenko*

## **SUBJECTIVE EVALUATION OF LIFE'S QUALITY OF DEPRESSIVE PATIENTS IN ELDERLY AND PRE-SENILE AGE**

Donetsk State Medical University, Ukraine

Depressive patients of elderly and pre-senile age were investigated using standardized questionnaires of the Quality of Life-26. Comparative analysis with the group of persons of the same age, which never appealed to psychiatrists, was carried out. Differences in abilities of quality of life between depressive patients and persons of the investigated age without psychopathologies had been revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.166-169)

### *Литература*

1. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. — Киев: Наукова думка, 1986.
2. Тарновская И.И. Сестринское дело и качество жизни пожилого человека // Журн. Клиническая геронтология. — 2000. - №3-4. — С. 62-71.
3. Lehman A.F., Possidente S., Hawker F. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences // Hosp. Comm. Psychiatr. — 1986. — Vol. 37, N 9. — P. 901-907.
4. Lehman A.F., Postrado L.T., Rachuba L.T. Convergent validation of quality of life for persons with severe mental illnesses // Quality of Life Research. — 1993. — Vol. 2, N 5. — P. 327-333.
5. Oliver J., Huxley P., Dridges K., Mohamad H. Quality of life and mental health services. — London — New York, 1996. — 310 p.
6. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Трусов В.Б. Качество жизни

- как критерий психического здоровья женщины // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1999. - №1. — С. 37-41.
7. Воробьев П.А. Новые аспекты в проблеме качества жизни пожилого человека // Клиническая геронтология. — 1999. - №2. - С.3-8.
8. Dennerstein L., Dudley E., Guthrie J. Пустевшее гнездо или вращающаяся дверь? Лонгитудинальное исследование качества жизни женщин среднего возраста в период ухода взрослых детей из семьи или их возвращения // Обзор современной психиатрии. — 2003. - Выпуск 3(19). — С. 34-38.
9. Коршунов Н.И., Белкина М.Б., Жидкова И.Л. и др. Качество жизни лиц проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Роль взаимодействия в диаде «врач-больной» // Клиническая геронтология. — 2003. - №7. — С. 51-56.

Поступила в редакцию 12.05.2004

УДК 616.89:616.831:616.447-008.64-001.28

*С.В. Титиевский, М.Б. Доценко***ПСИХОПАТОЛОГИЯ ГИПОТИРЕОИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ПОСТЧЕРНОБЫЛЬСКОМ СИНДРОМЕ У ЛИКВИДАТОРОВ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: психические расстройства, гипотиреодная энцефалопатия, ликвидаторы аварии на ЧАЭС

В структуре факторов, определяющих формирование специфической клинической картины при постчернобыльском синдроме как полиморфном симптомокомплексе, включающем психопатологические проявления, неврологические и соматические нарушения и обнаруживающем сложную этиопатогенетическую связь с последствиями Чернобыльской катастрофы [1] важное место принадлежит патологии щитовидной железы [1-4].

На начальных этапах после аварии в Чернобыле у ликвидаторов практически не встречалась патология щитовидной железы, связанная с нарушением её функции, в основном, регистрировался эутиреоз. Клиническая манифестация гипотиреоза относится к 1992-1993 г.г. [4] – времени, когда психиатрами стала диагностироваться клинически очерченная патология, у больных в ряде случаев начали обозначаться признаки интеллектуально-мнестического снижения. Диагнозы были синдромологическими, поскольку нозологическая сущность патологического процесса не представлялась ясной. Вначале выявленные органические психические расстройства не связывались с ликвидацией последствий аварии (ЛПА), поскольку доминировало представление об исключительно стрессогенном характере психической патологии. В дальнейшем, в тех случаях, когда верифицировался связанный с ЛПА психоорганический синдром, его причина часто не указывалась, либо в её качестве фигурировала «дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП)» также непонятного генеза, поскольку среди сопутствующей сосудистой патологии часто присутствовала лишь вегетососудистая дистония (ВСД) (гипертоническая болезнь (ГБ), в основном, стала возникать позднее). Подобная ситуация, когда признаки интеллектуально-мнестического снижения возникают без зарегистрированных проявлений органической неврологической патологии, часто лишь на фоне ЭЭГ-нарушений (согласно Дубенко Е.Г. [5] прямо зави-

сящим от степени тиреоидной недостаточности), а выявленная неврологическая патология головного мозга тоже является как бы аутохтонной, существует, в ряде случаев и до сих пор. Одним из объяснений данного феномена является субклинически протекающее у ряда больных нарушение функции щитовидной железы, проявляющееся психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. В некоторых случаях, в наше поле зрения попадающих лишь в последние годы, нарушение функции щитовидной железы, в основном в виде гипотиреоза, перестаёт быть субклиническим и регистрируется в качестве диагноза эндокринологами. При этом часть соматической и неврологической патологии начинает обозначаться как тиреогенная («эндокринно-обменная миокардиодистрофия», «дисгормональная миокардиодистрофия», «дисметаболическая ДЭП», «дисметаболическая гипотиреодная энцефалопатия»). В качестве примеров можно привести наблюдавшиеся нами случаи, которые позволяют также сделать определенные выводы, подтверждающие сказанное вначале о причинах психической, неврологической и даже соматической патологии, возникшей при воздействии малых доз радиации у ликвидаторов.

Больной С., 43 лет, участник ЛПА 1986 г. В 2002 г. установлено, что он страдает хроническим тиреоидитом с склонностью к гипотиреозу легкой степени после тотальной резекции правой доли щитовидной железы в 1991 г. по поводу узлового зоба. В 1992 г. отмечен диагноз ВСД. В 2002 г. диагноз ВСД трансформировался в ДЭП I ст. сочетанной этиологии на фоне ВСД по гипертоническому типу, с наличием ангиопатии сетчатки обоих глаз. При этом этиология ДЭП не определена. Артериальное давление (АД) - в пределах возрастной нормы. На РЭГ – норма. Таким образом, дисциркуляторные проявления отсутствуют. В то же время фоновая ЭЭГ - дезорганизованного типа, на ЭЭГ покоя –

изменения умеренной степени. Известно, что отношения в семье больного сложились неблагоприятно из-за его характерологических изменений. Стал раздражительным, вспыльчивым. Выражены проявления астении, в беседе легко истощается. Темп психических процессов несколько замедлен. Поскольку в поле зрения психиатров больной попал лишь в 2002 г., и наличие органической патологии не было признано четко установленным, в 2003 г. поставлен диагноз соматизированного расстройства.

Больной П., 44 лет, участник ЛПА 1987 г. В 2002 г. констатировано наличие аутоиммунного тиреоидита, субкомпенсированного гипотиреоза средней тяжести, эндокринно-обменной миокардиодистрофии. В 1995 г. указаны диагнозы язвенной болезни 12-перстной кишки с рубцово-язвенной деформацией (с 1988 г.), ВСД гипертонического типа, гипертонической ангиопатии сетчатки обоих глаз. В 2002 г. на ВСД указаний нет, АД – в пределах нормы, но, при этом, определяется наличие ангиопатии сетчатки. Патология сердца трактуется эндокринологом как указанная выше эндокринно-обменная миокардиодистрофия, кардиологом – как атеросклеротический кардиосклероз. При осмотре невропатолога патология головного мозга не выявлена. В то же время, на ЭЭГ – умеренные общемозговые изменения биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга. Больной жалуется на головную боль, плохой сон, слезливость, обидчивость по незначительным поводам. Стал раздражителен, вспыльчив, неуживчив. Постоянно устраивает скандалы в семье. Из-за высокой утомляемости не может доводить до конца начатые дела, в связи с чем последние несколько лет не работает. Беспокоит снижение памяти. Испытывает трудности при обдумывании текущих дел. В беседе: темп психических процессов замедлен; астенизирован, повышено истощаем; обнаруживает снижение памяти на текущие события; путает важнейшие даты своей жизни. Экспериментально-психологическое обследование обнаружило снижение способностей к удержанию в памяти информации, воспроизведению, инертность мышления, ослабление качества суждений и умозаключений, способности выделять и упорядочивать существенные связи. В целом, констатировано наличие личностных изменений полиморфного характера на церебральном фоне, с нарастанием интеллектуально-мнестических нарушений. Однако, отсутствие верифицированной неврологической патологии, при наличии соматических заболе-

ваний, позволило констатировать соматогенно обусловленное хроническое изменение личности. При этом, в поле зрения психиатров больной попал лишь в 2003 г., сразу после постановки диагноза гипотиреоза.

Больной А., 43 лет, участник ЛПА 1986 г. В 2002 г. констатировано наличие хронического тиреоидита со склонностью к гипофункции щитовидной железы. В 1991 г. выявлены язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания язвенного дефекта, ВСД с астеническим синдромом. В 2002 г. – рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, ГБ II ст., атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая ангиопатия сетчатки. На РЭГ – слабые дистонические проявления, адекватная сосудистая реактивность. Предъявляют жалобы на вспыльчивость, обидчивость, слезливость, плохой сон, снижение памяти. В беседе по незначительным поводам становится раздражительным, агрессивным, чем объясняет случаи задержания его милицией. Мышление в замедленном темпе, вязкое, обстоятельное. Внимание быстро истощаемо. Выраженно астенизирован. Сведения о себе излагает сбивчиво, не может воспроизвести ряд важнейших дат собственной жизни, жалуясь на плохую память. Органическая неврологическая патология не верифицирована, поэтому диагноз – хроническое изменение личности. Психиатрами больной наблюдается с 1999 г.

Больной К., 50 лет, участник ЛПА в мае-июне 1986 г. В 2003 г. констатировано наличие аутоиммунного тиреоидита с явлениями медикаментозно субкомпенсированного гипотиреоза средней тяжести, дисгормональной (гипотиреоидной) миокардиодистрофии, дисметаболической гипотиреоидной энцефалопатии. В 1992 г. страдал ВСД с выраженным астеноневротическим синдромом. В 2003 г., помимо указанной выше эндокринологической патологии, констатировано наличие атеросклеротического кардиосклероза, ангиопатии сетчатки. АД регистрировалось в пределах возрастной нормы. На ЭЭГ – легкая патологическая активность в коре височной доли правого полушария на фоне нормальной БЭА. Беспокоят постоянная головная боль, слабость, повышенная утомляемость, вспыльчивость, снижение памяти на текущие и давние события. За последние годы изменился характерологически: чрезмерно раздражителен, не терпит никаких возражений, перестал справляться с работой. Возникающая вспыльчивость чередуется с апатией, пессимизмом. В 2002 г. вынужден был оставить работу. Женат третий раз, разводы объяс-

няется изменениями своего характера. Проживает с матерью. В беседе даёт односложные ответы, вял, повышенно истощаем, раздражителен, плаксив. Темп психических процессов замедлен. Память снижена на текущие и давние события. Внимание неустойчиво, больному трудно сосредоточиться. При экспериментально-психологическом обследовании: страдают операции запоминания, сохранения информации, ослаблены процессы обобщения, использования понятий, снижен уровень пространственного восприятия и воображения; повышена возбудимость, характерны реакции эксплозивного типа с проявлениями брутальности; поведение направлено на приобретение превосходства, независимости во время неприятной ситуации. Диагноз – органическое расстройство личности. В поле зрения психиатров больной попал в 2002 г.

На основе приведенных случаев можно сде-

лать следующие выводы. Наличие недавно (в 2002 – 2003 г.г.) выявленного гипотиреоза подразумевает обязательность органических психических расстройств неврозоподобного либо личностного уровня, ангиопатии сетчатки, ЭЭГ нарушений. Лишь в некоторых случаях присутствуют неврологические проявления энцефалопатии, которые не возникают на фоне дисциркуляции. Несмотря на персистирование психопатологической симптоматики, в поле зрения психиатров больные попали поздно. Очевидно, это связано с утяжелением психического состояния по мере прогрессирования гипотиреоза с появлением отчетливых клинических признаков снижения функции щитовидной железы. Всё сказанное может служить подтверждением роли гипотиреоидной, а не дисциркуляторной энцефалопатии, в генезе психических нарушений у участников ЛПА на Чернобыльской АЭС.

*С.В. Титівський, М.Б. Доценко*

### **ПСИХОПАТОЛОГІЯ ГІПОТИРЕОЇДНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПРИ ПОСТЧОРНОБИЛЬСЬКОМУ СИНДРОМІ В ЛІКВІДАТОРІВ**

Донецький державний медичний університет ім.М. Горького

На клінічних прикладах розглянуто дискусійні питання, які стосуються формування інтелектуально-мнестичної патології при постчорнобильському синдромі в ліквідаторів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.170-172)

*S.V. Titievsky, M.B. Dotsenko*

### **PSYCHOPATHOLOGY OF THE ENCEPHALOPATHY DUE TO HYPOTHYROIDISM IN LIQUIDATORS' POST-CHERNOBYL SYNDROME**

Donetsk state medical university

With clinical examples the questionable subjects connected with nature of cognitive disorders in liquidators' post-Chernobyl syndrome are discussing. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.170-172)

#### *Литература*

1. Титиевский С.В. Постчернобыльский синдром у ликвидаторов // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т.3. - №1(8). – С.110-117.
2. Ливкутник А.Е. Гипотиреоз и сопутствующая психоневрологическая патология у пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы: Материалы 2-й Международной конференции.- Киев: Чернобыльинтеринформ, 1998.- С.278-279.
3. Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Плыплина Д.В. Депрессии и их роль в формировании психосоматической заболеваемости у участников ликвидации последствий Чернобыльской аварии//

- Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы: Материалы 2-й Международной конференции.- Киев: Чернобыльинтеринформ, 1998.- С.128-129.
4. Чебан А.К. Нестохастические тиреоидные эффекты Чернобыльской катастрофы // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы: Материалы 2-й Международной конференции. – Киев: Чернобыльинтеринформ, 1998. – С.406-407.
5. Дубенко Е.Г., Тихонова Е.П., Захарьев Ю.М. Неврологические осложнения гипотиреоза: Методические рекомендации.- Харьков,1978.- 19 с.

Поступила в редакцию 24.05.2004

*І. Д. Спіріна, О. В. Серебритьська, В. А. Лазутін, А.Є. Ніколенко, С. Ф. Леонов, А. М. Дячук*

## ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: ревматоїдний артрит, психічні розлади, якість життя

Ревматоїдний артрит (РА) розглядається як системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів. Медико-соціальна актуальність вивчення цієї проблеми зв'язана з її широкою розповсюдженістю (близько 1% у світі та 0,4% – в Україні) [1], прогресуючим перебігом, високою враженістю працездатних людей, особливо в молодому віці, швидкою інвалідизацією хворих. Обтяження клінічних проявів захворювання призводить до розвитку психічних порушень, які впливають на

динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації хворих [2]. Психічні розлади при РА включають ряд складних психопатологічних форм, до яких відносять невротичні реакції та стани, розлади особистості та неврозоподібні порушення [3]. Зміни психоемоційного статусу зустрічаються у хворих з різними клінічними варіантами РА, традиційно ці захворювання характеризують як класичну психосоматичну патологію. Ці обставини значною мірою визначають якість життя хворих на РА [4].

### Матеріал та методи дослідження

Було обстежено 80 жінок, хворих на ревматоїдний артрит (діагноз РА встановлено за критеріями Американської ревматологічної асоціації [1]). Середній вік хворих на РА складав  $42,35 \pm 1,18$  років.

Тривалість хвороби складала від 1 року до 30 років, в середньому  $8,36 \pm 0,79$  років (табл. 2).

Динаміка інвалідизації в залежності від тривалості хвороби на ведена у табл. 3.

Клініко – психопатологічні та клініко – катанестичні обстеження включали динамічне спос-

тереження хворих, аналіз історій хвороби. Експериментально – психологічні дослідження проводились за методиками: рівня тривожності Тейлора, тип відношення до хвороби (Личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ) та тест фрустраційної толерантності по Розенцвейгу [5].

Для обробки отриманих даних використовувалися: варіаційно-статистичний аналіз для визначення вірогідності розходження середніх та кореляційний аналіз.

### Результати дослідження та їх обговорення

У всіх пацієнтів спостерігалися психічні порушення. Виділені основні провідні синдроми: тривожно-депресивний, астено – депресивний та іпохондричний синдроми.

Астено – депресивний синдром (39,47% хворих) проявлявся: зниженням загального фону настрою, переживанням про свою неповноцінність від хвороби, загублене назавжди здоров'я, неможливість вилікуватись та непередбачуваність майбутнього. Ці думки супроводжувались слабкістю, втомленістю, млявістю, неухважністю, поганим апетитом, поганим сном з тривожними сновидіннями, в яких відбивались денні переживання. Хворі з астено – депресивним синдромом були мовчазними, плаксивими, апатичними.

При тривожно – депресивному синдромі

(46,15% хворих) в клінічній картині психічних розладів домінували тривожне ставлення до хвороби і тривожні переживання. Типовими були побоювання за здоров'я, страх ускладнень, що спотворюють, втрати працездатності. Хворі гостро відчували свою неповноцінність і занепад від хвороби. Ці думки супроводжувались роздратованістю, втомленістю, слабкістю, поганим сном, поганим настроєм і тривоною, плаксивістю, внутрішнім напруженням, приступами жаху. Хворі прислухалися до висловлювань оточуючих про перебіг та прогноз захворювання, можливі ускладнення. Тривога посилювалася у вечірні часи, коли хворі залишалися на самоті зі своїми переживаннями. Розлади сну у переважній кількості хворих проявлялися в ускладнено-

му засинанні («думки не дають заснути, все думаю що буде зі мною, як будуть діти»).

Серед хворих з іпохондричним синдромом (14,11%) домінували: іпохондричне відношення до хвороби (63,6% від кількості хворих з іпохондричною реакцією), тривожні переживання, паранойяльні явища, астено – фобічні реагування. Іпохондричні пацієнти проявляли заклопотаність своїм здоров'ям, шукали в собі нові хвороби, відносились з підозрою до лікування, ліків та лікарів, що їх приводило до вигаданої небезпеки і нетерплячості. Ці переживання супроводжувались роздратованістю, втомленістю і слабкістю, поганим настроєм і тривогою за своє здоров'я, поганим апетитом, внутрішнім напруженням і плаксивістю.

Інтенсивні та стійкі артралгії, які виникали як при рухах так і при спокої, обумовлювали розвиток страху перед початком руху і перед його припиненням. Поряд із страхом перед майбутнім болем хворі мали постійну тривогу за можливість виникнення болю. Артралгії супроводжувалися стійкими порушеннями сну, яке висловлювалося у вигляді труднощів засинання, постійних думках про хворобу, про майбутнє, частих ранніх пробудженнях.

Типовими для ревматоїдного артрити є деформація та туго рухомість суглобів. В зв'язку з цим у клінічній картині психічних порушень особливе місце займала реакція хворих на зміну зовнішності. Хворі намагалися закривати змінені суглоби одежею, рукавичками, особливим взуттям. Мали місце ідеї відношення у вигляді думок про те, що оточуючи помічають їх дефект, хто відноситься до пацієнтів із жалем, хто з осудом чи розумінням. У зв'язку із наявністю фізичної вади хворі рідше виходили з дому, намагалися більш відпочивати, старалися активно боротися з цим, часами находячись у русі з метою розробки суглобів. Настрій у більшості хворих був подавлений, відмічалася плаксивість.

Звернемося до такого показника, як рівень соціальної фрустрованості. Цей показник можна розглядати як якість життя пацієнта, як міру його задоволеності чи незадоволеності в різних життєвих сферах. Для хворих на РА найбільш неблагополучні сфери – це сфери фізичного та психоемоційного стану, матеріального положення, а найбільш благополучні сфери – відношення з дітьми та друзями. Відношення із чоловіком, родиною, адміністрацією, задоволеність роботою та побутовими умовами займають проміжне положення.

Дослідження хворих за методикою Розенцвейга (тест фрустраційної толерантності) пока-

зали, що серед типів реагування домінував упертий тип у хворих з іпохондричним синдромом (Іп) 90,9%, з тривожним (Тд) – та астено – депресивним (Ад) синдромами – 58,3% і 45,16% відповідно. На другому місці стоїть домінуючий тип – Тд 44,4%, Іп 36,4% і Ад 35,48% хворих. Серед хворих з іпохондричним синдромом багато осіб з великим індексом самостійності 72,7%, мало з чуйністю до прямого звинувачування 9,09% і з низькою конформністю. Серед пацієнтів з тривожно – депресивним синдромом менше осіб з великим індексом самостійності 58,3%, але більш з чуйністю до прямого звинувачування 22,2%. Для хворих з астено – депресивним синдромом притаманна невелика кількість осіб з високим індексом самостійності 45,16%, чуйністю до прямого звинувачування і конформністю – по 6,45%. Імпунітивна спрямованість панує серед хворих з астено – депресивним синдромом 64,52%, потім Іп 63,6% і Тд 58,3%. Друге місце займає інтрапунітивна спрямованість Іп 45,5%, Ад 35,48% і Тд 33,3%, на третьому – екстрапунітивна Ад 29,03%, Тд 25% і Іп 18,2% ( $r = 0,85$ ;  $P < 0,05$ ).

З цього аналізу видно, що хворі з астено – депресивним та іпохондричним синдромами більш замкнуті в собі, займають очікувальну тактику при вирішенні гострих ситуацій, з меншою внутрішньою напругою, але хворі з астено – депресивним синдромом в порівнянні з хворими з іпохондричним більш невпевнені в собі, з частими емоційними зривами, які можуть приводити до грубощів і агресивності. Хворі з тривожно – депресивним синдромом більш придатні до самостійного вирішення стресових ситуацій, з більшим внутрішнім напруженням, більш агресивні і вимогливі до інших людей та намагаються за їх рахунок вирішувати свої проблеми.

Таким чином, отримані результати показують, що хворі на РА мають низьку якість життя, яка залежить від клінічних параметрів РА (тривалості хвороби, активності запального процесу, ступеня порушення функції суглобів) та психічного стану хворих.

#### Висновки.

1. Психічні порушення у хворих на РА представлені у вигляді основних провідних синдромів: тривожно-депресивного (46,15%), астено-депресивного (39,74%) та іпохондричного (14,11%).

2. У хворих на РА частіше зустрічаються тривожний (37,5%), неврастенічний (32,5%) і паранойяльний (16,3%) типи відношення до хвороби, які негативно впливають на якість життя хворих.

3. Пацієнти з РА мають високий рівень фрустрованості – упертий (58,8%) і домінуючий (40%) типи реагування, імпульсивна (60%) та інтрапульсивна (37,5%) спрямованість особистості.

4. Рівень функціонального стану опорно-рухового апарату, активність запального процесу, перебіг РА впливають на психічний стан хворого, що обумовлює якість життя пацієнта.

*И. Д. Спирина, О. В. Серебрительская, В. А. Лагутин, А.Е. Николенко, С. Ф. Леонов, А. Н. Дьячук*

### **ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Установлено, что больные РА имели психические нарушения, которые представлены в виде основных синдромов: тревожно-депрессивного, астено-депрессивного и ипохондрического. У больных РА часто встречались тревожный, неврастенический и паранойальный типы отношения к болезни, высокий уровень фрустрации, которые негативно влияли на качество жизни больных. Продолжительность заболевания, активность воспалительного процесса, тип течения РА, функциональное состояние опорно – двигательного аппарата так же есть важными составляющими в формировании качества жизни у больных ревматоидным артритом. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.173-175)

*D. Spirina, O. V. Serebritska, V. A. Lagutin, A. Ye. Nikolenko, S. F. Leonov, A. N. Dyachuk*

### **INFLUENCE OF MENTAL AND CLINICAL FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA)**

Dnepropetrovsk state medical academy

It is shown that RA patients have subnormal quality of life . Its deterioration was related to mental factors and clinical parameters: duration of the disease and its activity, locomotor functions. The mental disorders find out in is disturbing - depressive , depressive and hypochondrial syndromes. Neurasthenic, disturbing and paranoiac reactions on the disease occurred most frequently. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.173-135)

#### *Література*

1. Коваленко В. Н. (ред.) (2002) Ревматоидные болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. Киев, 214 с.  
2. Цивилько М. А., Мелентьев А. С., Коркина М. В., Лопес М., Кирсанова Г. Ф., Бурдо К. А. (1999) Особенности психических нарушений у больных ревматоидным артритом. Ж. невролог. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 2: 9–11.

3. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. (2000) Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Тер. арх., 5: 79–82.  
4. Зайцева Т. В., Багирова Г. Г. (2000) Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом. Тер. арх., 12: 38–41.  
5. Карелин А.А. (ред.) (2000) Психологические тесты, Т. 1, ВЛАДОС, Москва, 312 с.

Поступила в редакцию 28.06.2004

УДК 616.89-008.484-053.67/.057.874

*В.М. Шпаченко***ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЮ ФІКСАЦІЇ НА ФРУСТРАТОРІ І АКТИВНОСТІ У ПОДОЛАННІ ПЕРЕШКОДИ УЧЕНИЦЯМИ 10 КЛАСІВ ВІД ЗМІСТУ ФРУСТРАЦІЇ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: фрустрація, учні, алкоголь

Фрустраційні реакції пов'язані з мотиваційним значенням фрустратора. Отже вивчення фрустраційних реакцій учениць 10 класів при виникненні перешкод доступу до алкоголю або консум – звинувачення у випивках може дати характеристику цінності алкоголю для обстеженої. Тим самим можна визначити спрямованість первинної психопрофілактики алкогольної залежності з урахуванням саме індивідуальних потреб учениці. До останнього часу таких досліджень не проводилось.

Метою нашого дослідження є вивчення характеру реагування учениць десятих класів в ситуаціях фрустрації, викликаній перешкодою до прийому алкоголю і звинуваченням у намаганні вживати спиртні напої, щоб на підставі цього дослідження визначити показники для первинної психопрофілактики алкогольної залежності. На нашу думку результати обстеження можна використати для об'єктивної оцінки результатів первинної психопрофілактики алкогольної залежності.

**Матеріали дослідження та їх обговорення**

Обстежено 228 учениць десятих класів середньої школи малюнковим тестом С. Розенцвейга в модифікації Н.В. Тарабриної [1] і малюнковим тестом нашої модифікації. Зміст ситуацій рисункового методу ми змінили, що дало можливість нового напрямку у вивчанні і теоретичному осмисленні можливих реакцій учнів, у данному дослідженні учениць, у випадку появи перешкоди до отримання спиртного чи звинувачення в випивках поза межами соціально і біологічно припустимої норми прийому. Стимульний матеріал методу являє собою 20 малюнків. У малюнках подані два типи ситуацій: у ситуаціях першого типу обстежена фруструється перешкодою доступу до алкоголю суб'єктом або обставинами. Ситуації другого типу змодельовані таким чином, що в них старшокласницю звинувачують через неадекватне, неприпустиме для її віку вживання спиртного [2]. Наш варіант тесту дає можливість визначити ступінь мотиваційної цікавості до випивок, тому що фрустрація виникає у випадку, коли суб'єкт попадає у складну ситуацію внаслідок невдачі, блокуванні потреб перешкодою [3]. Фрустрація виникає, коли мотивована поведінка стикається з перешкодою фізичного чи психологічного характеру. Отже, фрустрацію можна визначити як умови, котрі роблять свою дію, коли задоволення потреби або моти-

ву стає неможливим [4]. У психологічній діагностиці часто передбачається наявність фрустраційної толерантності на підставі того, як суб'єкт вирішує експериментальні фрустраційні ситуації. З малюнкових тестів найбільш відомою є методика С. Розенцвейга [1]. Тест придатний для дітей шкільного віку [4].

Проведено порівняння реакції «з фіксацією на захисті», а саме: E` - тип реакції з фіксацією на задоволенні потреби, а тип «е» – ступінь активності особистості в питаннях отримання алкоголю. Нами вперше проведена диференціація між усуненням особистості подолання перешкоди пов'язане і непов'язане з алкоголем. Наприклад, раніше в наукових джерелах тип «е» означав, що особа, котра перебуває в ситуації фрустрації, усувається від особистого втручання на подолання перешкоди. Але в наших специфічних ситуаціях важливо чи торкається це усунення перешкоди в загальному плані, чи стосовно алкоголю. Так, зовсім не рівнозначно коли учениця в ситуації фрустрації дає відповідь: «Вирішайте самі як дістати спиртне!» І зовсім інше, коли вона дає відповідь: «Займіться чим-небудь іншим». Перший тип належить до екстрапунітивних реакцій (підкреслюється ступінь фруструючої ситуації і домінує ідея перешкоди), другий – до типу реакцій «е» з фіксацією на задово-



ленні потреб. Індекс значущості фіксації на перешкоді в учениць десятих класів при обстеженні нашою методикою дорівнював  $3,5 \pm 0,53$ , а з урахуванням коефіцієнту –  $4,6 \pm 0,69$ . Індекс значущості введений нами вперше для диференційованої оцінки питомої ваги аналізованих факторів при дослідженні фрустраційної толерантності. Індекс значущості отримується діленням числа відповідей по окремим типам реакцій на число обстежених. Число ситуацій у класичній методиці С. Розенцвейга – 24, в нашому варіанті – 20. Щоб мати можливість коректного порівняння ми ввели коефіцієнт –  $24:20 = 1,306$ . Принцип введення коефіцієнта запозичено нами у Шмішека з його методики [5]. В класичному варіанті (ситуації не пов'язані із вживанням алкоголю) індекс значущості дорівнював  $4,03 \pm 0,4$ . Різниця відсутня. Отже десятикласниці підкреслюють з однаковою частотою наявність фрустратора в загальних і специфічних ситуаціях.

Аналіз реакцій «е» в учениць десятих класів виявив фіксацію на перешкоді при застосуванні класичного варіанту у одній ситуації з 24 з частотою 53,5%, а в специфічних у 40,3%. Різниця відсутня. Аналіз змісту відповідей типу «е» виявив суттєву різницю в результатах дослідження. Індекс уникання від вирішення ситуації фрустрації загального типу дорівнює  $9,8 \pm 0,9$ , а в специфічних лише  $3,25 \pm 0,3$ . Різниця суттєва,  $t=2,1$ . Відповіді з униканням від розв'язання ситуацій, пов'язаних з алкоголем, зустрічались значно менше, в той час як

зазначення, що хтось повинен взяти на себе вирішення по отриманню алкоголю переважало: індекс ухилення відповідно  $0,75 \pm 0,13$  і  $1,73 \pm 0,21$ . Різниця суттєва,  $t=4,1$ .

Таким чином, учениці десятого класу не приділяють серйозної уваги зовнішнім перешкодам доступу до алкоголю і остання суттєво не відрізняється від загальної фіксації уваги на фрустраторі. Разом з тим ухилення від вирішення ситуації фрустрації значно менше, коли фіксація на задоволенні потреби стосується алкоголю. Іншими словами, у дівчат – десятикласниць, обстежених нами, відсутня перевага вимог до навколишнього середовища над вимогами до себе, як у загальному сенсі, так і стосовно алкоголю. Однак, коли мова йде про фрустрування через перешкоду до алкоголю, активність учениць перевищує активність у реакціях загального типу. Останнє наводить на думку, що дівчата ідентифікують перешкоду до алкоголю через призму особистісних амбіцій. Така позиція дівчат вимагає більш детального порівняльного аналізу факторів і тенденцій відповідей у ситуаціях фрустрації (слід зазначити, що досліджень тенденцій стосовно специфічних ситуацій не проводилось раніше і відсутні наукові роботи, присвячені цьому феномену). Наші дані дають підставу вважати, що програма і методика первинної психопрофілактики алкогольної залежності повинна враховувати виявлену нами своєрідність реагування дівчат десятикласниць.

*В.М. Шпаченко*

## **ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ФИКСАЦИИ НА ФРУСТРАТОРЕ И АКТИВНОСТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРЕПЯТСТВИЙ УЧЕНИЦАМИ 10 КЛАССОВ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ФРУСТРАЦИИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучены особенности реагирования учениц десятих классов в ситуациях препятствия к алкоголю или обвинения в выпивках. Обследовано 228 учениц десятих классов. Наличие фрустрации в указанных ситуациях препятствия к алкоголю может быть доказательством актуальности потребности в нем (как атрибут поведения). Анализировались характер реакций E` типа и реакций «е». Использовались методика автора и классическая методика С. Розенцвейга. Существенные отличия в реакциях на препятствие к получению алкоголя над реакциями в ситуациях, не связанных с последним, не выявлено. Значительно уменьшается избегание от разрешения ситуации фрустрации, если это касается употребления алкоголя. Полученные данные могут использоваться для определения степени целесообразности первичной психопрофилактики алкогольной зависимости и коррекции содержания профилактических программ. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.176-178)

**DEPENDENCE BETWEEN FIXATION'S DEGREE ON FRUSTRATOR AND ACTIVITY OF OBSTACLE OVERCOMING IN SCHOOLGIRLS OF THE TENTH CLASSES ACCORDING TO THE DIFFERENT CONTENT OF FRUSTRATION**

Kharkiv medical academy of postgraduate aducation

The features of reacting of the schoolgirls of the tenth classes in situations of an interrupting to alcohol or charge in drinks are studied. 228 schoolgirls of the tenth classes are inspected. The availability frustration in the indicated situations of an interrupting to alcohol can be the evidence of a urgency of need in last ( as attribute of behavior). Were analysed nature of reacting E $\ddot{y}$  of a type, and reacting «e». The technique of the writer and classic technique by S. Rosenzweig seconds was used. Essential differences in reacting to an interrupting (reacting of fixing to an interrupting to obtaining alcohol above reacting in situations irrelevant with last is not detected. Considerably decreases avoidance from the sanction of situations frustration, if it concerns the use of alcohol. The obtained data can be used for definition of a degree expediency of a primary prevention of alcohol dependence and correction of the contents the preventive programs. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.176-178)

*Література*

1. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций. /Тарабрина Н.В. Метод. реком., Под редакцией Б.Д.Карвасарского. Ленинград, 1984. 23 С.
2. Психологические методы диагностики алкогольной зависимости и оценки эффективности ее первичной профилактики (Шпаченко В.Н., Михайлов Б.В., Минко А.И., Мусиенко Г.А., Сердюк А.И.) // Таврический журнал психиатрии. — 2000. Т. 4, - № 3 (14), - С. 98-102.
3. Богомолов Ю.П., Воронкин А.И., Куст В.П., Соколов В.П.

Краткие сведения по применению некоторых медико-психологических тестов. /В кн.: Вопросы психической адаптации. Новосибирск. 1974. С.17-40.

4. Диагностика психического развития. Шванцара Й. и др. «Авиценум». Прага. 1978. С.173.

5. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов «Словарь-справочник по психологической диагностике». Киев. «Наукова думка». 1989. стр.165-166.

Поступила в редакцию 10.06.2004

УДК 616.89-006.446-036.12

*С.Г. Пырков, Е.М. Выговская, Е.В. Кетинг*

## ВЛИЯНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЛЕЙКОЗАМИ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: лейкозы, непсихотические психические расстройства, качество жизни

Онкологические заболевания занимают центральное место среди проблем клинической медицины. По данным ВОЗ, среди населения большинства стран мира онкологические заболевания занимают второе место после сосудистой патологии, и суициды среди онкобольных составляют до 18% от общего числа [1]. Несмотря на достаточно большой удельный вес психических расстройств у онкологических больных (показатель распространенности психических нарушений у этих пациентов колеблется в пределах 23 –

47% [2]), до последнего времени психиатры, в силу специфичности онкозаболеваний, крайне мало уделяли внимания данному контингенту больных, врачи же онкологи, естественно, не могут решить проблему выявления и лечения психопатологических расстройств у онкобольных, в частности - у больных лейкозами. Целью настоящей работы явилось изучение влияния непсихотических психических расстройств на качество жизни больных острыми и хроническими лейкозами.

### Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в гематологическом центре ИНВХ г.Донецка. С помощью опросника нервно-психической дезадаптации (ОНПД), симптоматического опросника неврозов J.Aleksandrowiz и методики Health Status Survey (SF-36) [3] были обследованы 40 больных острыми и хроническими лейкозами. Экспериментально-психологическая методика SF-36 была специально создана для оценки качества жизни различных групп соматически

больных и отражает субъективную удовлетворенность респондентом КЖ.

Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM – совместимом компьютере в пакете программ STADIA. При сравнении средних величин использовался непараметрический метод Вилкоксона с определением вероятности различий «р». Различия принимались значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с данными опросника ОНПД больные были разделены на три группы: 1-я группа – больные с клинически выраженными непсихотическими психическими расстройствами (11(27,5%)); 2-я группа – больные с доклиническими непсихотическими психическими расстройствами (18(45,0%)); 3-я группа – больные без психических расстройств (11(27,5%)). Доклинические непсихотические психические расстройства характеризовались комплексом субклинических (предболезненных по С.Б.Семичеву [4]) феноменов, отражающих нарушение баланса интрапсихического и психосоциального функционирования личности. У больных отмечались некоторое внутреннее напряжение, дискомфорт, не имеющие четкой синдромальной завершенности и не воспринимающиеся самими больными как болезненные признаки. Данный контингент лиц спонтанно предъявлял жалобы на неудовлетворенность сном,

трудности в засыпании, частые пробуждения ночью, головные боли, чувство физической слабости, усталости, периодическое снижение настроения. Больные этой группы утверждали, что в помощи психиатра на данный момент не нуждаются и им нет необходимости принимать психотропные средства. Таким образом, доклинические непсихотические психические расстройства в целом характеризовались аморфностью, незавершенностью и фрагментарностью.

На основании клинико-психопатологического обследования у изученных нами больных с клинически выраженными непсихотическими психическими расстройствами были выделены следующие синдромы: астенический – 5чел. (45,5%), астено-ипохондрический – 3 чел. (27,2%), астено-депрессивный – 2чел. (18,2%), обсессивно-фобический – 1 чел.(9,1%). Следует отметить, что астеническая сим-

птоматика являлась стержневой и наблюдалась у всех больных. У больных острыми лейкозами, по сравнению с хроническими, астеническая симптоматика в виде гипостенической формы была выражена сильнее. Помимо повышенной утомляемости, слабости, которые были настолько выражены, что пациенты практически не вставали с постели, у них отмечались сонливость, соматовегетативные проявления, а также кошмарные сновидения, связанные с приемом гормональных препаратов. Астеническая симптоматика у больных хроническими лейкозами претерпевала изменения, свойственные для всех лиц, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями: гиперстеническая форма сменялась гипостенической с характерной вялостью, слабостью, повышенной физической и психической утомляемостью, быстрым истощением психических процессов.

Для больных с астено-ипохондрическим синдромом, помимо астенического радикала, были характерны постоянная концентрация внимания на соматических ощущениях, убежденность в том, что их состояние тяжелее, чем у других больных, и они нуждаются в дополнительном внимании со стороны врачей. Зачастую они предъявляли массу соматических жалоб, хотя врачами их состояние объективно оценивалось как относительно удовлетворительное. Круг интересов у этих больных ограничивался состоянием своего здоровья, лечением, а также внешним видом, который менялся в процессе терапии противоопухолевыми препаратами.

У больных с астено-депрессивным синдромом,

наряду с довольно выраженной астенией, отчетливо выявлялись депрессивные расстройства: сниженное настроение, подавленность, тоска. У данного контингента отмечались также угнетенность, потеря веры в себя, в свои силы и возможность излечения, пессимизм, предчувствие неизбежных неудач.

Сравнение средних показателей по методике SF-36 в группе больных с клинически выраженными непсихическими психическими расстройствами с показателями больных из группы с доклиническими непсихическими психическими расстройствами статистически достоверных различий не выявило. В то же время были выявлены достоверные различия между показателями больных 3-й группы и лицами 1-й группы по шкалам PF (физическое функционирование) -  $p < 0,03$ , RP (ролевой физической шкале) -  $p < 0,01$ , BP (физическая боль) -  $p < 0,05$ , VP (жизнеспособность) -  $p < 0,03$ , MH (психическая здоровье) -  $p < 0,02$ , а также пациентами 2-й и 3-й групп – PF -  $p < 0,05$ , GH (здоровье в целом) -  $p < 0,01$  и VP -  $p < 0,01$ .

Таким образом, больные острыми и хроническими лейкозами, у которых не отмечалось психических расстройств, субъективно выше оценивали свою повседневную физическую активность, работоспособность, а также жизненный тонус (бодрость, энергию, настроение), чем больные остальных групп. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в лечебно-реабилитационную программу методов коррекции психического состояния, что позволит повысить уровень их социального функционирования.

*С.Г. Пирков, О.М. Виговська, О.В. Кетинг*

## **ВПЛИВ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЛЕЙКОЗИ**

Донецкий державний медичний університет ім.М.Горького

Отримані внаслідок дослідження дані дозволять припустити участь психічного компоненту в суб'єктивній незадоволеності даного контингенту осіб своїм самопочуттям і фізичною активністю. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.179-180)

*S.G. Pyrkov, E.M. Vygovskaya, E.V. Keting*

## **INFLUENCE OF THE NON-PSYCHOTIC DISORDERS FOR QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH LEUCOSES**

Donetsk state medical university

The results of investigation allow to assume participation of a mental component in a subjective dissatisfaction by the state of health and physical activity in patients with leucoses. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.179-180)

### *Литература*

1. Зотов П.Б., Уманский С.М. Вопросы эпидемиологии суицидального поведения онкологических больных // Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 136–137.
2. Montgomery C. Psycho-oncology: a coming of age? // Обзор современной психиатрии. — 2000. — Выпуск 6. — С.82–86.

3. Ware J.E., Snow R.R., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Status Survey Manual and Interpretation Guide. — Boston, 1993. — P.1–22.
4. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.М.Бехтерева. — 1992. — №2. — С.5–10.

Поступила в редакцию 24.05.2004

УДК: 616.12-005.4+616.12-008.331+616.831-005

*В.А. Ежова, А.Ю. Царёв, И.В. Дроздова, Л.А. Куницына, С.В. Словеснов, С.Д. Бойко.***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ  
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ КУОРТА**Крымский Республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им.  
И.М. Сеченова

Ключевые слова: качество жизни, церебральный атеросклероз, санаторно-курортное лечение

По данным ряда авторов [1,2,4,8] социальные, экономические и медицинские последствия медленно прогрессирующих цереброваскулярных заболеваний - церебрального атеросклероза (ЦА) [I67.2] и гипертонической энцефалопатией (ГЭ) [I67.4] с исходом в инсульт или деменцию, являются в современный период предметом детального углублённого изучения, так как они представляют существенную угрозу в утрате интеллектуального потенциала нации. Оценивая значительное число исследований в данном направлении следует отметить, что проблема качества жизни (КЖ) указанных больных в литературе освещена недостаточно [3,4]. Соответствующее направление исследований сформировалось к 60-м годам прошедшего столетия. Особенно остро потребность в оценке КЖ больных возникает при необходимости дальнейшей оптимизации реабилитации, т.к. эти заболевания имеют чёткую выраженную социальную значимость. В НИИ им. В.М. Бехтерева было проведено биопсихосоциальное обоснование выделенных трёх её видов - медицинской, социально-трудовой и семейной [5]. По мнению ряда авторов [3,7] слабым звеном оценки эффективности проводившихся различным больным реабилитационных мероприятий явилось то, что хотя она и объективизировалась клинико-параклиническими данными, но ощущалась теми, кто её проводил, т. е. врачами и другими специалистами. Мнение самого больного учитывалось несколько формально, без учёта социально-психологических показателей, определяющих качество его жизни. В связи с этим проблема разработки различных аспектов КЖ больных становится всё более актуальной. В эпоху доказательной медицины КЖ является одним из ключевых понятий, позволяющих дать глубокий, многоплановый анализ биологических, индивидуально-личностных и социальных проблем больного человека и, конечно, не всегда оценка пациентом прове-

денного лечения совпадает с мнением врача.

Основной задачей настоящего исследования явилось определение интегративной взаимосвязи санаторно-курортного лечения и КЖ больных ЦА и ГЭ. Был использован опросник SF-36 а также КНЦ, АМНР НИИ неврологии АМНР и НИИ им. В.М. Бехтерева [3].

Обследовано 140 больных ЦА (ДЭ II) в возрасте от 47 до 76 лет (мужчин - 80, женщин - 60). Больные были разделены на 2 группы: в I группу вошли 77 больных ЦА (ДЭ II), во II группу - 57 больных ЦА (ДЭ II) в сочетании с сопутствующей ГЭ II ст.

При выполнении работы кроме опросников КЖ были использованы блок психологических тестов Кеттелла, Спилбергера, Люшера, ЛОБИ, корректурная проба, тест на запоминание 10 слов, ЭЭГ («Nihon Kohden» Japan), РЭГ, ЭКГ, ТПРГ, липидокоагулограмма, опросники А.М. Вейна. Атеросклеротическое поражение магистральных артерий головы было подтверждено ТЦ УЗДГ («Vasoflo», GB). При формулировании диагноза использовались классификация сосудистых заболеваний головного мозга Е.В. Шмидта [9] и МКБ-Х [6].

В комплексном лечении больных применялось дифференцированное использование климатотерапии, кинезотерапии, морские купания, аэрогелио-талассотерапия (в летний период года). Наряду с этим применялась специальная психотерапия (интегративный вариант) - её индивидуальные и коллективные формы, ароматерапия композиции ЭМ «Полиол» (С.С. Солдатченко, патент Украины № 41560) которая сочеталась с различными видами массажа, электромагнитными излучениями нано- и миллиметрового диапазона по оригинальным методикам, разработанным авторами работы. Части больным в зимний период года проводилась ночная ароматизация палат.

По результатам заполнения опросников рас-

считывали три интегральных показателя: индекс КЖ (ИКЖ), индекс выбранных шкал (ИВШ), индекс тяжести болезни (ИТБ). Статистическая обработка материала проводилась с применением программы STATISTIKA 5,0 (Stat Soft, США).

Наряду с жалобами на головную боль, головокружение, тяжесть в теменно-затылочной области, мелькание мушек перед глазами, снижение памяти, слуха, зрения, боли в области сердца, позвоночника, у больных ЦА регистрировались в большей степени слабодушие, снижение памяти, брадикинезия и замедление психических процессов, вялость, тревожность, снижение фона настроения, а у больных ЦА в сочетании с ГЭ - эмоциональная неустойчивость, тревожность, расторможенность, ажитированность, эйфория, вегетативно-сосудистые нарушения были более выражены, чем у больных I группы.

У лиц I и II групп ИКЖ составлял  $24,9 \pm 0,17$  и  $27,8 \pm 0,15$  балла ( $P < 0,05$ ); ИВШ -  $15,9 \pm 0,57$  и  $17,1 \pm 1,24$  балла ( $P < 0,05$ ); ИТБ -  $1,5 \pm 0,14$  и  $1,6 \pm 0,05$  балла ( $P < 0,05$ ), соответственно.

По мере увеличения длительности заболевания, вне зависимости от возраста больного, ухудшались параметры КЖ больных.

Характер клинических проявлений заболевания у пациентов I и II группы, наличие преморбидных личностных особенностей, психоэмоционального состояния в значительной степени оказывали влияние на субъективную оценку КЖ этими больными. Так, причинами снижения КЖ больных ЦА (I) оказывались головные боли (63,6%), приступы головокружения или внезапной, кратковременной потери сознания по типу ТИА (58,4%), слабость, утомляемость (79,2%), снижение настроения (84,4%), появление беспокойства за своё здоровье, жизнь (66,2%), необхо-

димость постоянно лечиться (71,4%), материальные расходы связанные с лечением (79,2%), побочные эффекты от принимаемых лекарств (31,2%), затруднения в профессиональной сфере (41,6%), затруднения в занятиях спортом, хобби (68,8%), затруднения в сексуальной сфере (27,3%), необходимость соблюдения диеты (71,4%), необходимость ограничений физических усилий и умственной работы (71,4%), необходимость избегать эмоциональные нагрузки (81,8%), ухудшение сна (68,8%), изменения в отношениях с близкими и друзьями (55,8%), а у больных II группы соответственно выше - 71,4%, 71,4%, 87,7%, 87,7%, 82,5%, 79,0%, 87,7%, 64,9%, 45,6%, 80,7%, 40,4%, 70,2%, 82,5%, 92,8%, 79,0%, 68,4%. Исползованные опросники количественной и качественной оценки КЖ у наблюдаемых больных адекватно отражали это сложное понятие, коррелируя с клиническими данными. Под влиянием проведенного лечения отмечалась благоприятная динамика клинико-неврологических симптомов, показателей специальных исследований, что нашло своё отражение в изменениях показателей КЖ больных ЦА, а также ЦА в сочетании с ГЭ. Об эффективности санаторно-курортного лечения свидетельствует динамика интегративного показателя КЖ в процессе реабилитации.

Субъективную оценку КЖ у наблюдаемых нами больных наряду с данными психоэмоционального состояния, параклинических исследований целесообразно использовать для оценки проводимого лечения и его оптимизации. Выраженный прирост под влиянием лечения регистрировался по шкалам физического и психического благополучия, работоспособности, межличностного взаимодействия, общего восприятия КЖ, духовной реализации.

*В.О. Єжова, О.Ю. Царьов, І.В. Дроздова, Л.О. Куніцина, С.В. Словеснов, С.Д. Бойко*

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ КУРОРТУ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ**

Кримський Республіканський НДІ фізичних методів лікування та медичної кліматології ім. І.М. Сеченова

Обґрунтована доцільність клініко-фізіологічного дослідження якості життя при комплексному лікуванні хворих на церебральний атеросклероз. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.181-183)

**THE LIFE QUALITY AND REHABILITATION TO PATIENTS WITH CEREBRAL  
ATHEROSCLEROSIS IN THE HEALTH RESORT**

Crimean Sechenov research institute of physical methods of treatment and medical climatology,  
department of neurology

The quality of life of 140 patients with cerebral atherosclerosis combined hypertensive dyscirculatory encephalopathy, clinico-physiological and psychological data the treatment by in the health resort it is necessary. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.181-183)

*Литература*

1. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи. - К.: Наукова думка, 1999. -250 с.
2. Волошин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. -М.: Знание, -1999. -555 с.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники медицинской реабилитации. М.: "Антидор". -2002. -439 с.
4. Жданов В.С., Вихерт А.М., Стернби Н.Г. Эволюция и патоморфоз атеросклероза у человека. -М. -"Триада X". -2002. -143 с.
5. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. -Л. -1985. -212 с.
6. Методичні рекомендації по впровадженню в практику Міжнародної класифікації хвороб та споріднених проблем 10 перегляду. Київ-Чернівці. -1999. -47 с.
7. Новак А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. -Сп.б: ЭЛБИ. -1999. -201 с.
8. Солдатченко С.С., Царёв А.Ю., Ежова В.А., Куницына Л.А., Глотова Г.И. Церебральный атеросклероз // Крымск.мед.формуляр. -2003. -№5. -91 с.
9. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного мозга //Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. -1985. -№9. -С.1281-1288.

Поступила в редакцию 9.06.2004

УДК: 616.89

*В.І. Коростій***НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ СЕРЕД ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ:  
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ**

Харківський державний медичний університет

Психопатологічні прояви, що супроводжують бронхіальну астму, є факторами, що підвищують ризик несприятливого її перебігу внаслідок взаємодії на клінічному, патогенетичному та соціальному рівні. По даним літератури, у 20-40% хворих, які поступають на лікування в загальноноотерапевтичні стаціонари, виявляється різноманітна депресивна симптоматика: ендогенна, реактивна, яка супроводжує ту чи іншу терапевтичну патологію.

Мета роботи: з'ясування розповсюдженості, синдромальної структури та характеру перебігу депресивних розладів серед хворих на бронхіальну астму.

Методи: клініко-психопатологічний, метод квантифікованих шкал: госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), методи математичної статистики.

Матеріал: 120 пацієнтів з бронхіальною астмою, що лікуються в терапевтичному стаціонарі, яким проводилось скринінгове обстеження, та результати клініко-психопатологіч-

ного обстеження 45 пацієнтів з бронхіальною астмою, що лікуються в терапевтичному стаціонарі, у яких були виявлені неспсихотичні психічні розлади.

Результати: Серед пацієнтів з бронхіальною астмою, у яких були виявлені неспсихотичні психічні розлади, їх клінічна структура була наступною: афективні (депресивні та дистимічні) розлади - 2.1%, невротичні розлади - 38%, серед яких переважали нозогенні невротичні реакції, органічні тривожно-депресивні розлади - 1,5%.

Одержані результати показують переважання серед психічних розладів у хворих на бронхіальну астму тривожних та депресивних синдромів.

Хворі на бронхіальну астму з проявами тривожних та депресивних розладів у ряді випадків не отримують адекватної терапії в зв'язку з труднощами виявлення, диференційної діагностики та підбору адекватної терапії в умовах терапевтичних стаціонарів, що приводить до зниження ефективності лікування та якості життя пацієнтів.

Поступила в редакцію 31.05.2004



УДК: 616.895.87 - 008.44 – 07

*А.Г. Бондарчук***АУТОДЕСТРУКТИВНІ ДІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ЯК ПАТОПЛАСТИЧНИЙ ФАКТОР ПОДАЛЬШОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Харківський державний медичний університет

Проблема профілактики, прогнозу та корекції аутоагресивних дій несуйцидального характеру у осіб, які страждають на психічні розлади, знаходиться в центрі уваги як вітчизняних, так і закордонних дослідників.

**Мета.** Дослідити вплив несуйцидальної аутоагресивної поведінки на перебіг захворювання у хворих на параноїдну шизофренію на підставі вивчення закономірностей її формування; динаміки та клініко-психопатологічних особливостей захворювання.

**Методи.** Клініко-психопатологічне дослідження, стандартна анкета «параноїдного хворого» (Бачериков М.Є., Бачериков А.М.), статистичний метод.

**Результати.** Обстежено 23 хворих на параноїдну шизофренію з тяжкими проявами несуйци-

дальної аутоагресивної поведінки. У групі з 18 хворих (78,3%) безпосередньо в результаті реалізації самопошкодження спостерігалась тенденція до вкрай швидкої редуції продуктивної симптоматики, після тривалого періоду загострення. Група хворих із нереалізованими аутодеструктивними проявами - 5 хворих (21,7%). У цій групі аутодеструктивні дії були попереджені своєчасним втручанням рідних або медичного персоналу, та протягом подальшого часу спостерігалися неодноразові тенденції до самопошкодження.

Важкі форми аутодеструктивної поведінки (самоосліплення, аутокастрація, серйозні самопорізи та ін.) приводять до тяжких травм та інвалідизації, що значно знижує якість подальшого життя хворого.

Поступила в редакцію 28.05.2004

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

## ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

## PROBLEM ARTICLES

- Напрєєнко О.К., Домбровська В.В.** Стан психіатричної допомоги в Україні у 2003 році та в останнє десятиріччя, шляхи її вдосконалення **3**
- Антипчук К.Ю.** Нейропсихологічна характеристика органічних психічних розладів в учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС у віддалений період **8**
- Маркова М.В., Зайцев О.О.** Методологічні та методичні основи системи патопсихологічної діагностики егодистонної сексуальної орієнтації **14**
- Бєро М.П.** Психические и психологические феномены, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты **21**
- Ряполова Т.Л.** Качество жизни в семьях женщин с депрессией в структуре невротических расстройств **25**
- Любарский А.В.** Фармакогенетические аспекты психической адаптации в ракурсе доказательной медицины **29**
- Денисюк Н.В., Антипчук К.Ю.** Оцінка стану церебральної гемодинаміки та нейропсихологічних показників у опромінених осіб з органічними психічними розладами **34**

- Napryeyenko O.K., Dombrovskaya V.V.** State of psychiatric assistance in Ukraine in 2003 and during last ten years and ways of its improvement **3**
- Antipchuk K.Yu.** Neuropsychological analysis of higher mental functions by the persons irradiated as result of Chernobyl accident **8**
- Markova M.V., Zaytsev A.A.** Methodological and methodical bases of pathopsychological diagnostic system of the egodistonen sexual orientation **14**
- Bero M.P.** Psychical and psychological phenomena, appearing at people involved in destructive religious sects **21**
- Ryapolova T.L.** The quality of life in the families of the women suffering from depression in the structure of neurotic disorders **25**
- Lybarski A.V.** Pharmacogenetic aspects of the mental adaptation foreshortened in the conclusive medicine **29**
- Denysuk N.V., Antipchuk K. Yu.** Assessment of cerebral haemodynamics and neuropsychologic parameters in persons with organic mental disorders exposed to ionizing radiation **34**

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## ORIGINAL INVESTIGATION

- Подкорытов В.С., Скрынник О.В.** Современная терапия соматоформных расстройств органов пищеварения **40**
- Гавенко В.Л., Брагина К.Р., Хаустов М.Н.** Анализ факторов, сочетающихся с возникновением тревожной и депрессивной симптоматики у лиц молодого возраста, отбывающих наказание в колонии-поселении **44**
- Бачеріков А.М., Кузьмінов В.Н., Назарчук А.Г.** Психорганічний синдром та якість життя у хворих із залежністю від алкоголю, що перенесли гострий психоз **49**
- Казакова С.Е., Ковалева Н.В., Трескач В.И.** Роль психологических особенностей в прогнозировании исхода нервной анорексии **55**
- Абрамов В.А., Васильева А.Ю., Доценко М.Б.** Качество жизни пациентов с неврогическими и неврозоподобными расстройствами коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями в условиях амбулаторной общемедицинской практики **59**
- Касаков В.Е., Трескач В.И.** Некоторые аспекты психотерапии тревожных реакций у чле-

- Podkorytov V.S., Skrynnyk O.V.** Somatoform disorders of digestion, psychopharmacotherapy, psychotherapy **40**
- Gavenko V.L., Bragina K.R., Khaustov M.N.** Analysis of the factors combined to occurrence of anxiety and depressive semiology at young age persons doing time in the colony - settlement **44**
- Bachericov A.N., Kuzminov V.N., Nazarchuk A.G.** Psychorganic syndrome and quality of the life at patients with alcohol dependence who is recent history of acute psychosis **49**
- Kazakova S., Kovaleva N., Treskach V.** Role of psychological features in forecasting the outcome of the nervous anorexia **55**
- Abramov V.A., Vasilyeva A.Yu., Dotsenko M.B.** Quality of life of the patients with neurotic and neurososomal frustrations comorbidity with chronic somatic diseases in conditions out-patient general practice **59**
- Kasakov V., Treskach V.** Some aspects of psychotherapy of disturbing reactions at members

нов локомотивных бригад

**Ахмедов Т.И., Омельченко Д.А., Романов Д.А.** Структура ночного сна и ее изменения в результате немедикаментозного лечения как показатель качества жизни больных гипертонической болезнью

**Рачкаускас Г.С.** Співвідношення клінічних та імунологічних факторів у хворих на параноїдну шизофренію на тлі імунотропного лікування

**Шестопалова Л.Ф., Рачкаускас Г.С., Кожевникова В.А.** Исследование качества жизни шахтеров, переживших экстремальные ситуации в условиях производства

**Катілов О.В.** Агресивність підлітків, притягнутих до кримінальної відповідальності

**Абрамов В.А., Курлов В.В., Абрамов А.В., Жигулина И.В., Кислицкая И.И.** Об определении морального вреда при повреждении здоровья, связанном с исполнением трудовых (служебных) обязанностей

**Лесная Н.Н.** Личностные факторы комплаентности больных с алкогольной зависимостью

**Лаптев В.Г., Блинов О.Ю.** Опыт применения препарата клопиксол в терапии синдрома опиоидной зависимости

**Маркозова Л.М.** Особенности оценки качества жизни лиц с алкогольной зависимостью в динамике

**Петрюк А.П.** Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учетом качества жизни пациентов

**Артемчук А.А.** Содружественные изменения психоэмоциональной сферы и неврологического статуса у больных алкогольной зависимостью на различных этапах становления терапевтической ремиссии и их коррекция

**Шпаченко В. М.** Динаміка кількості абсолютного алкоголю, вжитого протягом року, учнями 10 класів середньої школи до і після психопрофілактики алкогольної залежності

**Гапонов К.Д.** Качество жизни больных зависимых от опиоидов и их ближайших созависимых родственников

**Мозговая Т.П.** Особенности показателя качества жизни подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами

**Гаркуша И.И., Грецов В.Г., Блинов О.Ю.** Некоторые психологические детерминанты аддиктивных расстройств

**Дроздова И. В.** Артеріальна гіпертензія та афективні розлади: оцінка якості життя

**Бомко М.О.** Депресивні розлади у хворих з

of locomotive brigades

**Ahmedov T.I., Omelchenko D.A., Romanov D.A.** Structure of nightly sleep and its change as a result of unmedicinal medical treatment as an index of quality of life of patients with hypertensive illness

**Rachkauskas G.S.** Ratio of clinical and immunological factors at patients with paranoid schizophrenia on background of immunotropic treatment

**Shestopalova L.F., Rachkauskas G.S., Kozhevnikova V.A.** Research of life's quality of miners who were involved in extreme situations at working place

**Katilov A.V.** Aggressiveness of adolescents who are called for criminal accorent

**Abramov V.A., Kurlov V.V., Abramov A.V., Dzigulina I.V., Kislickaya I.I.** About definition of an intellectual harm at damage of health, bound with fulfilment of the labor (service) responsibilities

**Lesnay N.N.** Person's faktore of compliant patients wiche alcohol dependes

**Laptev V.G., Blinov O.Yu.** The experience of the use of clopixon in therapy of abolition" syndrome in opium addiction

**Markozova L.M.** Peculiarities of receive of the quality of life in the patients with alcohol dependence in dynamics

**Petryuk O.P.** Aggressive behavior during different mental disorders with the consideration of patients' quality of life

**Artemchuk A.A.** Joint changes of psychoemotional sphere and neurological status in patients with alcohol dependence on different stages of establishment of a therapeutic remission and their correction

**Shpachenko V. N.** The dynamics of quantity of absolute alcohol taken during a year by the schoolboys the 10-th classes of high school before and after a psychoprophylaxis of alcoholic dependence

**Gaponov K.D.** The quality of life of opioid depended patients and their nearest codepended relatives

**Mozgova T.P.** The peculiarities of lifes quality index in teanagers with hyperkinetic and behavioural disorders

**Garkusha I.I., Gretsov V.G., Blinov O.Yu.** Some psychological determiners of the addicional disorders

**Drozdova I.V.** Arterial hypertension and affective disorders: the life quality estimation

**Bomko M.A.** Depressive disorders in patients

органічним ураженням головного мозку у віддалений період дії малих доз іонізуючого випромінювання

**Двирский А.А.** Криминальные действия и социальные факторы при шизофрении в сочетании с алкогольной зависимостью и перенесенным алкогольным делирием (по материалам эпидемиологических исследований) **130**

**Мартиненко С.А.** Комплексно – діагностичне дослідження чоловіків і жінок із сексуальними порушеннями **135**

**Галина И.В., Бабов К.Д., Игонина М.К.** Эффективность реабилитации лиц с интеллектуальной недостаточностью по данным 10 лет работы городского центра реабилитации **138**

**Назарчук А.Г., Мишанова М.К., Богач Л.И.** Роль фактора духовности семьи в реабилитации безречевых детей **141**

**Рыткис И.С.** Сексуальные расстройства и супружеская дезадаптация при травматическом поражении спинного мозга у мужчин **144**

**Ліньов О.М.** Вплив латеральної фізіотерапії на соціальну активність хворих на ендогенно-процесуальні психози **147**

**Двирский А.А.** О необходимости включения в преподавание частной психиатрии нозологических воззрений профессора Харьковского университета П.А. Бутковского в его «Душевных болезнях» (1834) **153**

**Хаустова О.О.** Діагностичні маркери розвитку метаболічного синдрому Х (психосоматичний підхід) **157**

**Дзеружинская Н.А.** К вопросу о качестве жизни пожилых больных с депрессивными расстройствами, возникшими на фоне хронической сердечно-сосудистой патологии **162**

**Голоденко О.Н.** Субъективная оценка качества жизни больных с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте **166**

**Титиевский С.В., Доценко М.Б.** Психопатология гипотиреоидной энцефалопатии при постчернобыльском синдроме у ликвидаторов **170**

with organic brain damage in remote period of low doses exposure to ionizing radiation

**Dvirsky A.A.** Criminal actions and social factors of schizophrenia combined with alcohol dependence and alcohol withdrawal delirium (of material of epidemiological research) **130**

**Martynenko S. A.** Complety - diagnostic research of men and women with sex violation **135**

**Galina I., Babov K., Igonina M.** Effectiveness of children with mental handicap rehabilitation at the city rehabilitation center **138**

**Nazarchuk A.G., Mishanova M.K., Bogach L.I.** Role of the family spirituality factor onto rehabilitation of the non-speaking children **141**

**Ritkis I.S.** Sexual disorders and spouses desadaptation at traumatic injury of spinal cord in men **144**

**Linev A.N.** Action of lateral physiotherapy on social activity in the patients with endogenous-remedial psychosis **147**

**Dvirsky A.A.** About the necessity of including in teaching of private psychiatry the nozologic approach of professor of the Kharkov university P.A. Butkovsky in his «Mental disorders» (1834) **153**

**Khaustova O.O.** Diagnostic markers of metabolic syndrome X development (psychosomatic approach) **157**

**Dzeruzhinskaya N.A.** To the question on quality of the life of elderly patients with the depressive disorders which have arisen on the background of the chronic cardiovascular pathology **162**

**Golodenko O.M.** Subjtctive evaluation of life's quality of depressive patients in elderly and pre-senile age **166**

**Titievsky S.V., Dotsenko M.B.** Psychopathology of the encephalopathy due to hypothyroidism in liquidators' post-chernobyl syndrome **170**

#### КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

#### SHORT REPORTS

**Спіріна І. Д., Серебритьська О. В., Лагутін В.А., Ніколенко А.Є., Леонов С.Ф., Дячук А.М.** Вплив психічних та клінічних факторів на якість життя при ревматоїдному артриті **173**

**Шпаченко В.М.** Залежність ступеню фіксації на фрустраторі і активності у подоланні перешкоди ученицями 10 класів від змісту фрустрації **176**

**Пырков С.Г., Выговская Е.М., Кетинг Е.В.** Влияние непсихотических психических рас- **179**

**Spirina D., Serebritska O. V., Lagutin V.A., Nikolenko A.Ye., Leonov S.F., Dyachuk A.N.** Influence of mental and clinical factors on the quality of life in patients with rheumatoid arthritis ) **173**

**Shpachenko V.M.** Dependence between fixation“s degree on frustrator and activity of obstacle overcoming in schoolgirls of the tenth classes according to the different content of frustration **176**

**Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M., Keting E.V.** Influence of the non-psychotic disorders for quality **179**

стройств на качество жизни больных лейкозами	181	of life of the patients with leucoses	
<b>Ежова В.А., Царёв А.Ю., Дроздова И.В., Куницына Л.А., Словеснов С.В., Бойко С.Д.</b>		<b>Yezhova V.A., Tzarev A.Y., Drozdova I.V., Kunitsyna L.A., Slovesnov S.V., Boyko S.D.</b>	
Качество жизни и реабилитация больных церебральным атеросклерозом в условиях курорта		The life quality and rehabilitation to patients with cerebral atherosclerosis in the health resort	
<b>Коростій В.І.</b> Непсихотичні психічні розлади серед хворих на бронхіальну астму: розповсюдженість, клінічна структура та вплив на якість життя	184	<b>Korostiy V.I.</b> Not psychotic alienations among an ill bronchial asthma: abundance, clinical frame and influencing on a quality of life	
<b>Бондарчук А.Г.</b> Аутодеструктивні дії хворих на параноїдну шизофренію як патопластичний фактор подальшого перебігу захворювання	185	<b>Bondarchuk A.G.</b> Autodestructive of operating by an ill paranoica schizophrenia as patoplastic factor of further flow of disease	

СОДЕРЖАНИЕ

186 CONTENTS

## К сведению авторов

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

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

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

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

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

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

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

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика

исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e-mail: [psychea@mail.ru](mailto:psychea@mail.ru), [dongournal@mail.ru](mailto:dongournal@mail.ru)

Редколлегия журнала