

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

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 1 (10), 2003 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького

УЧРЕДИТЕЛИ: ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М.ГОРЬКОГО
ДОНЕЦКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АПУ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР **В. А. Абрамов**

В.Н. Казаков, В.В. Кришталь, Б.В. Михайлов, В.Б. Первомайский, П.Т. Петрюк,
В.С. Подкорытов, И.А. Бабюк, И.К. Сосин, В.Я. Уманский, Л.Ф. Шестопалова,
Л.Н. Юрьева

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ А.В. Абрамов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ю.А. Александровский (Москва), В.С. Битенский (Одесса), И.И. Влох (Львов),
П.В. Волошин (Харьков), С.О. Гримблат (Харьков), М.М. Кабанов (Санкт-
Петербург), С.Е. Казакова (Луганск), Н.А. Корнетов (Томск), С. Coupernik
(Paris), В.Н. Краснов (Москва), В.Н. Кузнецов (Киев), Н.А. Марута (Харь-
ков), А.К. Напреенко (Киев), Б.С. Положий (Москва), В.П. Самохвалов (Сим-
ферополь), Г.Т. Сонник (Полтава), С.И. Табачников (Киев), Т. Томов (Sofia),
А.А. Фильц (Львов), В.С. Ястребов (Москва)

ДОНЕЦКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ УКРАИНЫ

Адрес редакции: 83017, Украина, г. Донецк, п. Победы, Областная клиническая
психиатрическая больница, кафедра психиатрии ДонГМУ
Тел. (0622) 77-14-54, 92-00-94. e-mail: psychea@mail.ru
dongournal@mail.ru

*Журнал психиатрии и медицинской психологии учрежден
Донецким отделением Ассоциации психиатров Украины и
Донецким государственным медицинским университетом.
Свидетельство о госрегистрации печатного средства мас-
совой информации - ДЦ № 947 от 12.05.1995 выдано Донец-
ким областным комитетом по делам прессы и информации*

Корректор Г.Н. Король
Технический редактор А.В. Абрамов

© Журнал психиатрии и медицинской психологии

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.89-082

В.А. Абрамов

ПАТТЕРНЫ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: психиатрическая помощь, качество, диагностика, стандарт

Основными принципами оказания психиатрической помощи, заложенными в Законе Украины о психиатрической помощи, являются законность, гуманность, соблюдение прав человека и гражданина, добровольность, доступность и соответствие современному уровню научных знаний, необходимость и достаточность лечебных мер с минимальными социально-правовыми ограничениями [1]. В рамках вышеуказанных принципов государство гарантирует обеспечение лиц, страдающих психическими расстройствами, качественной лечебно-диагностической помощью и социальной защитой, соответствующей международным стандартам.

Оказание качественной и безопасной психиатрической помощи населению является главной целью любого медицинского учреждения и важнейшей социальной потребностью пациента. Оно определяется соответствием между оказанием медицинских услуг и современными представлениями о необходимом уровне и объеме психиатрической помощи с учетом индивидуальных особенностей пациента и назначением конкретного медицинского учреждения [2].

Качество психиатрической помощи (КПП) представляет собой совокупность характеристик медицинских услуг, предоставляемых психиатрическими учреждениями, и обуславливающих удовлетворение потребности населения в этом виде услуг. Основными характеристиками КПП являются: уровень доступности, безопасности, удовлетворенности, оптимальности или соответствия стандартам и нормам этики, стабильность процесса и результата, обоснованность действий и технологий, эффективность помощи [3, 4, 5]. Другими словами, КМП – это совокупность определенных мероприятий (профессиональных действий), произведенных в определенном порядке, что позволяет достигнуть конкретных результатов в определенные сроки.

По определению исследовательской группы

экспертов ВОЗ [6], гарантией качества медицинской, в т.ч. психиатрической, помощи является обеспечение каждого пациента таким комплексом диагностической и терапевтической помощи, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам. Выделяют три основных компонента качества психиатрической помощи: а) адекватность; б) экономичность; в) научно-технический уровень. Понятие «адекватность» предполагает доступность и результативность психиатрической помощи, которая должна быть оказана своевременно, в соответствии с установленной технологией и в объеме, достаточном для достижения клинического результата. Под «экономичностью» понимается достижение максимальных результатов при минимальных финансовых затратах (соотношение затрат и достигнутых результатов). Наконец, «научно-технический уровень» отражает уровень использования при оказании медицинской помощи современных достижений в области медицинских знаний и технологий.

В соответствии с международными стандартами, современная модель обеспечения КПП должна включать три основных компонента:

1. Системный подход, предполагающий, что методы управления и оценки деятельности психиатрического учреждения направлены на достижение четких, конкретных и проверяемых качественных результатов лечения.

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

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

Основные направления работы в сфере повышения качества оказания медицинской помо-

щи в конкретном психиатрическом учреждении предусматривают:

— совершенствование политики в области качества лечебно-диагностической помощи;

— расширение полномочий и ответственности персонала, который осуществляет руководство, контролирует и анализирует деятельность, оказывающую влияние на уровень качества;

— использование адекватных инструментов формирования качества и инструментов контроля качества психиатрической помощи;

— совершенствование процедуры коррекции технологии и управления качеством психиатрической помощи.

Качество конечного результата психиатрической помощи может оцениваться в трех направлениях:

1. В отношении конкретного пациента – оценивается соответствие результатов лечения данного больного с возможными результатами его лечения, предусмотренными государственным стандартом. В качестве критериев оценки используются следующие определения: «выздоровление», «улучшение», «без изменений», «ухудшение», «смерть».

2. В отношении всех больных, обратившихся в лечебное учреждение за определенный период времени. Например, частота осложнений, регоспитализаций, летальность.

3. В отношении оказания психиатрической помощи населению конкретного региона (страны) в целом. В этих случаях в качестве критериев эффективности деятельности психиатрической службы используются такие показатели как заболеваемость, количество коек, оборот койки, количество посещений и т.п.

К сожалению, отечественное законодательство о здравоохранении не содержит положений, регулирующих вопросы качества психиатрической помощи. Государственные гарантии распространяются только на «гарантированный уровень медико-санитарной помощи в объеме, который устанавливается Кабинетом Министров Украины». Другими словами, гарантируются только количественные показатели деятельности здравоохранения, хотя Концепцией развития охраны здоровья населения Украины предусматривается создание системы обеспечения и контроля качества оказания медицинской помощи.

Наиболее демонстративной моделью оценки результатов деятельности психиатрических служб в нашей стране являются ежегодные статистические отчеты, составляемые региональными психиатрическими службами. На этой ос-

нове центром медицинской статистики Минздрава Украины создается сводный отчет «Психиатрическая помощь населению Украины». Как уже отмечалось в более ранних работах [7], эти отчеты, ориентируясь на объемно-валовые показатели, не содержат не только анализа, но даже перечня факторов (административных, социально-экономических, финансовых, экологических и др.), оказывающих влияние на организационную и функциональную структуру психиатрической службы. Отсутствует оценка региональных различий статистических показателей, качества психиатрической помощи в конкретных регионах, невозможна объективная оценка усредненных общегосударственных показателей (не с чем сравнивать). Отчеты не содержат интегральных критериев эффективности работы службы, отражающих устойчивые тенденции изменения состояния психического здоровья населения, медико-социальные последствия психических заболеваний, обоснований развития адекватных организационных и методических форм помощи оказываемых службами психического здоровья.

В целом, государственная система статистической отчетности не позволяет составить представление ни о реальной распространенности психических расстройств, ни о влияющих на нее факторах, ни о качестве оказываемой психиатрической помощи. Являясь, по существу, вариантом описательной статистики, не сопровождающейся анализом связей и зависимостей, статистическими выводами и оценками итогов работы, она не в состоянии осуществлять разработку статистических моделей дальнейшего развития службы и управления ею.

Из сказанного вытекает необходимость реорганизации ведомственной статистической отчетности. Она должна обеспечить создание предпосылок для совершенствования психиатрической помощи, перевода ее на качественно новый, более высокий уровень. Эта цель может быть достигнута путем разработки и использования системы оценок качества лечебно-диагностического процесса (на основе соответствующих стандартов) и эффективности психиатрической помощи как конечного ее результата.

К сожалению, критерии качества психиатрической помощи (клинические индикаторы) в нашей стране не разработаны и в клинической и экспертной практике не используются. Объектами экспертизы КПП могут быть объем помощи, уровень материального обеспечения, уровень финансирования, используемые медицин-

ские технологии, лечебно-реабилитационная тактика, моральные аспекты психиатрического вмешательства.

Важнейшим направлением повышения качества психиатрической помощи является ее стандартизация на основе достижений современной медицинской науки. Качество помощи определяется как степень ее соответствия стандарту [8]. Профессиональный стандарт – это обязательные требования к выполнению различных видов медицинского вмешательства, включающие этический компонент, а также действующие в рамках стандартов КПП технологический и экономический компоненты. Стандарт психиатрической помощи – это нормативно-технологический документ, устанавливающий определенные научно-обоснованные требования к объекту стандартизации. С точки зрения обязательности их внедрения различают стандарты-рекомендации и законодательные стандарты (стандарты в форме законов, а также постановлений, приказов и т.д., обязательность выполнения которых приравнивается к силе закона). При этом важно иметь в виду, что стандарты – рекомендации с введением в стране закона об обязательном социальном медицинском страховании могут перейти (при условии их научной обоснованности) к категории законодательных стандартов. В этом случае отступление врача-психиатра в своей профессиональной деятельности за рамки принятого диагностического или лечебного стандарта может привести к административной, финансовой и даже уголовной ответственности.

Стандарты психиатрической помощи должны способствовать устранению многочисленных факторов, мешающих оказывать качественную помощь и отрицательно влияющих на ее конечный результат. В частности, они должны способствовать не только внедрению новых лечебно-диагностических технологий, но и решению проблем организационно-управленческого характера, организации жизненного пространства пациентов в больнице, соблюдению этико-правовых норм и оптимальной длительности лечения, повышению уровня квалификации медицинского персонала, улучшению медикаментозного обеспечения. Поэтому стандарты должны охватывать все аспекты психиатрической помощи: диагностические, лечебно-профилактические, законодательно-правовые, морально-этические, организационно-управленческие, медико-экономические, стандарты социальной реабилитации и медико-социальной экспертизы. Многие авторы [9, 10, 11] принцип стандарти-

зации распространяют на материальные ресурсы (структурное качество), адекватность диагностических процедур и терапевтического вмешательства (качество процесса) и соответствие цели лечения (качество результата). Кроме того, стандарты должны способствовать повышению показателей деятельности психиатрической службы и соответствовать ее экономической эффективности.

Стандартизация различных направлений психиатрической помощи – это огромная, многоэтапная и непрерывная работа, требующая профессиональной компетентности и научно-методической грамотности специалиста. Существует, в частности, мнение (8), что стандартизация диагностики в психиатрии является более сложной по сравнению с другими медицинскими дисциплинами, вследствие чего она сопровождается неизбежными упрощениями.

Стандартизация схем лечебного процесса или медицинских технологий должна содержать научно обоснованные рекомендации, а не отражать взгляды или опыт их авторов относительно эффективности тех или иных вмешательств. Если стандарт качества психиатрической помощи формируется специалистами и не сопровождается доказательствами связи этих процессов с улучшением здоровья, то стремление к соответствию таким стандартам приобретает формальный вид без реального влияния на здоровье населения и приводит к бесполезным затратам времени и средств. Главный критерий оценки стандарта качества – это достижение цели: позитивных изменений состояния здоровья пациента.

В частности стандарты медикаментозного лечения не должны представлять собой перечень из всех препаратов, которые могут назначаться при том или ином расстройстве (как в справочнике лекарственных препаратов). Стандарт должен обеспечивать конкретный выбор наиболее эффективных препаратов, а не назначение по усмотрению врача. Можно выделить два критерия отбора медикаментов для включения их в лечебно-диагностический стандарт:

1. Высокая эффективность лечения данным препаратом конкретного психического расстройства должна быть доказана путем рандомизированных контролируемых, в т.ч. плацебо-контроля исследований (использование данных специальной литературы). В этом случае стандарт приобретает обязательный (законодательный) характер.

2. Данные о наибольшей эффективности препарата основываются на результатах успешной

практики (при отсутствии научного обоснования). Стандарт при этом носит рекомендательный характер.

В настоящее время единственным законодательным стандартом в области психиатрии, выполнение которого в нашей стране является абсолютно обязательным, является Закон Украины «О психиатрической помощи». Кроме того, в Украине используется ряд клинических лечебно-диагностических пособий типа стандартов-рекомендаций, которые не требуют жесткого соблюдения той или иной технологии. К таким стандартам относятся:

1. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Под редакцией В.Н.Краснова и И.А.Гуровича. Москва, 1999.

2. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. Під редакцією П.В.Волошина та ін., Харків, 2000.

3. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків. В.С. Підкоритов та ін. Харків, 2000.

Следует отметить, что вышеуказанные лечебно-диагностические стандарты (модели, критерии), рекомендованные к практическому использованию, в основном содержат рекомендации терапевтического характера, а диагностические процедуры сводятся к проведению различных параклинических обследований (лабораторных, психологических, инструментальных). Стандартизация собственно клинических (психопатологических) аспектов диагностики в этих пособиях или вообще отсутствует или представлена перечнем диагностических указаний, не являющихся диагностическими стандартами (диагностический стандарт – это научно обоснованная модель (стратегия) клинического исследования, отражающая наиболее высокий уровень достоверности диагностического заключения).

Известно, что постановка психиатрического диагноза включает цепную реакцию жизненно важных для человека профессиональных действий со стороны врача, в том числе многочисленных санкций, ограничивающих социальное функционирование пациента. Неправильный диагноз – предпосылка стигматизации, злоупотребления психиатрией и причинения ущерба интересам личности. Из этого следует, что психиатрическая диагностика нуждается в стандартизации не в меньшей мере, чем разработка лечебных стандартов. Следование диагностическому стандарту позволяет надежно, в соответствии с клинической реальностью, идентифици-

ровать психическое расстройство и создать основу для назначения адекватного лечения.

Диагностический стандарт – это спецификация диагностических критериев в форме, наиболее приемлемой для практики [12]. По нашему мнению, диагностический стандарт – это совокупность принципов и правил, которые обеспечивают высокий уровень его клинической пригодности и достоверную диагностику психического расстройства. Основным принцип и конечная цель диагностического стандарта состоят в достижении высокой сопоставимости и воспроизводимости диагностических заключений. Только в этом случае диагностическую процедуру можно назвать нормативной, а диагноз – достоверным. Только на основе диагностических стандартов должны создаваться лечебно-реабилитационные стандарты.

Основными требованиями к разработке диагностических стандартов в психиатрии, по нашему мнению, являются:

1. Соответствие их международным требованиям, зафиксированным в Законе Украины о психиатрической помощи. Эти требования изложены в различных материалах «семейства» МКБ-10 и предусматривают использование единой диагностической технологии.

2. Научное обоснование и четкая методическая проработка диагностических стандартов, суть которых состоит: а) в жесткой спецификации различных компонентов клинического многоосевого диагноза и особой (операционально-алгоритмической) логике диагностического исследования и б) в разработке программ обучения правильному использованию МКБ-10 в клинической практике.

3. Реальная возможность клинического применения и улучшения качества диагностики. Эта деятельность не требует дополнительных ресурсов, хотя и предполагает значительные организационные и образовательные усилия со стороны руководителей психиатрических учреждений и врачей-психиатров по их внедрению.

Диагностический стандарт по существу является технологическим стандартом, т.е. регламентирующим содержание и последовательность диагностического процесса при распознавании психического расстройства в его категориальном и многоосевом определении. Технологический стандарт должен рассматриваться как гарантированное обеспечение каждого пациента оптимальной на данный момент диагностической процедурой с целью достижения результата (диагностического заключения), соот-

ветствующего клинической реальности.

Основные этапы разработки диагностических стандартов могут быть представлены следующим образом:

1. Определение психических расстройств, для которых в первую очередь должны разрабатываться диагностические стандарты.

2. Аналитическая переработка информации о теоретических разработках и опыте использования диагностических стандартов в различных странах.

3. Разработка концептуальной основы, методологии и понятийного аппарата диагностических стандартов.

4. Разработка рабочей гипотезы и методических подходов к созданию диагностических стандартов.

5. Стандартизация клинических оценок и диагностических критериев.

6. Разработка алгоритмов категориальной диагностики на основе операциональных диаг-

ностических критериев.

7. Разработка алгоритмов многоосевого и реабилитационного диагноза.

8. Разработка комплекса диагностических стандартов-рекомендаций, охватывающего все диагностические категории МКБ-10.

9. Создание законодательных стандартов – технологических документов, устанавливающих определенные научно-обоснованные требования к объекту стандартизации – процессу психиатрической диагностики.

10. Подготовка руководства по использованию диагностических стандартов в клинической практике.

Приведенные данные являются теоретической предпосылкой для дальнейшей разработки критериев и создания оценочного инструментария, позволяющих дать объективную характеристику качеству лечебно-диагностического процесса как одному из важнейших направлений психиатрической помощи.

В.А. Абрамов

ПАТЕРНИ ЯКОСТІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

У статті обговорюються різні аспекти якості психіатричної допомоги (ЯПД). Наведені основні компоненти ЯПД та напрями роботи з її підвищення. Підкреслена необхідність реорганізації системи державної статистичної звітності у сфері охорони психічного здоров'я. Представлені методичні та методологічні підходи до розробки лікувальних та діагностичних стандартів, основні етапи розробки діагностичних стандартів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 3-7)

V.A. Abramov

PSYCHIATRIC SERVICE QUALITY'S PATTERNS

Donetsk state medical university by the name M.Gorky

In the article different aspects of psychiatric service quality (PSQ) are discussing. The main components of PSQ and the directions of its increasing are shown. The necessity of reorganization of the state system of statistical reporting in the area of mental health is underlined. Methodic and methodological approaches to working out the treatment's and diagnostic standards and the main of diagnostic standards working out are demonstrated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 3-7)

Литература

1. Закон України про психіатричну допомогу. - Київ, 2000. - 50 с.
2. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи. Вопросы теории и практики. - Хабаровск, 1996. - 183 с.
3. Литвак А.И. Справочник по страховой медицине. - Донецк, 2003.
4. Maxwell R. Quality assessment in Health // Br. Med.J. - 1984, vol. 288. - P. 1470-1471.
5. Blomhøj G. et al. Continuous Quality Development: a Proposed National Policy. - Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1993.
6. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed // JAMA. - 1988. - Vol.263, 32. - P.174-348.
7. Абрамов В.А. Реформирование психиатрии в Украине. - Киев: «Факт», 2000. - 183 с.
8. Гебель В. Качество психиатрической помощи: опыт Германии.

- Социальная и клиническая психиатрия. - 1996, 6, 1. - С.37-41.
9. Donabedian A. A Guide to Medical Care Administration. - Washington: American Public Health Association, 1969.
10. Гук А.П. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. - Київ: «Сфера», 2001. - С.111-134.
11. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер В.Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия. - 1999, 1. - С.85-88.
12. Fauman M.A. Quality assurance monitoring in psychiatry: Manual of psychiatric quality assurance. A report of America Psychiatric Association Committee on Quality Assurance. Mattson M.R. (Ed.) - APA, Washington, DC, 1992. - P. 57-69.

Поступила в редакцию 16.09.03

УДК 616.89 – 036. 82 – 058

*В.С. Подкорытов, В.И. Батков, Ю.Ю. Чайка, О.В. Скрынник***ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: реабилитация – виды, цель, предмет; семья, больной

В последние десятилетия четко прослеживается устойчивая тенденция к изменению структуры заболеваемости населения, в результате которой вместо относительно кратковременных инфекционных болезней на первое место вышли разного рода расстройства с длительным и хроническим течением, в том числе и психические. Причем такая тенденция наблюдается как среди взрослого населения, так и у детей. [1]. Это способствовало постепенному изменению в обществе критериев оценки результативности медицинской помощи. Ранее ставившиеся перед медиками преимущественные задачи устранения у больного симптомов заболевания сменились требованием полного восстановления не только его личного и социального статуса, но и качества жизни. В современном обществе все более широко начинает употребляться понятие «медико–социальная реабилитация» (МСР). Однако, в большинстве случаев у нас в стране этот термин воспринимается как синоним поддерживающего лечения или как система мероприятий по вторичной профилактике перенесенного заболевания. В украинской медицине в целом и в психиатрии в частности до сих пор отсутствует отношение к МСР как к широкому комплексу не только медицинских, но и социальных мероприятий. Различные авторы обращают профессиональное внимание лишь на отдельные стороны этого процесса. В связи с этим под термином МСР они подразумевают то поддерживающую медикаментозную терапию и различные оздоровительные мероприятия [2, 3, 4], то те или иные формы деятельности немедицинских учреждений, направленные на восстановление у больного успешной (достаточной) социальной и трудовой адаптации [5, 6, 7, 8, 9]. В последние годы все чаще говорится о МСР как о включении пациента в социальную среду с оптимальным использованием его остаточных способностей для активной общественно полезной деятельности. [10, 11].

Следует отметить, что термин «реабилитация» имеет позднелатинское происхождение и обозначает восстановление человека в юридических правах (по суду), возвращение ему доброго имени или работоспособности (у инвалида). В отечественной медицине МСР продолжает пониматься упрощенно – как процесс восстановительного и поддерживающего лечения. То есть, основное внимание уделяется собственно медицинским аспектам данного термина. Однако реальная МСР пациента, после перенесенного им заболевания, затрагивает все общество. Поэтому процесс МСР значительно сложнее и выходит за рамки компетенции одной лишь медицины. В то же время, такое комплексное понимание целей и задач МСР пациента достаточно трудно приживается в нашем обществе. Так в последних сборниках «Соціальна педіатрія» (2003), в основном посвященных проблемам МСР детей – инвалидов, из нескольких сот опубликованных работ, лишь отдельные статьи отражают системный подход к этой проблеме [12, 13].

В наиболее обобщенном виде современные представления о МСР пациентов были сформулированы еще на IX Совецании министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран в Праге (1967). Реабилитация была определена как система государственных, социально–экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития у человека патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате его трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (взрослых и детей) в общество и к общественно полезному труду. Такая реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пациента формируется активное отношение к имеющимся у него нарушениям здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье, обществу.

Принято считать, что концепция социальной реабилитации зародилась в годы после второй мировой войны в связи с возвращением в общество большого количества лиц, пострадавших в ходе боевых действий. Основным фактором, вызвавшим в то время необходимость проведения комплекса разного рода реабилитационных мероприятий, была реальная потребность в ресоциализации людей, длительно находившихся вне естественной структуры общественных отношений вследствие затяжных военных действий.

Как указывалось выше, вторым фактором, способствовавшим развитию современных представлений о целях и задачах МСР, стало изменение общей структуры заболеваемости населения. В послевоенные годы в результате бурного развития фармакологической индустрии и успехов в лечении и профилактике инфекционных болезней в структуре общей заболеваемости населения развитых стран мира на первое место вышла разного рода хроническая патология. В том числе - психические (особенно «пограничного» уровня) расстройства [14]. Данные заболевания требовали длительного поддерживающего лечения во внебольничных условиях с последующим максимально полным восстановлением социального статуса пациента.

Третьим фактором, вызвавшим необходимость внедрения в жизнь индустриальных стран широкого комплекса высокоэффективных реабилитационных мероприятий, является возросшая технологизация жизни. Современное общество все больше нуждается в высоком уровне профессиональной подготовки работников, что обусловлено все ускоряющимся темпом окружающей жизни. А это, в свою очередь, требует от людей более значительной психоэмоциональной устойчивости. По данным Б. С Положего. [15], максимальная заболеваемость психическими расстройствами приходится на возрастную группу «41 – 50 лет», обычно характеризующуюся высокими показателями трудовой активности. Причем среди работников промышленных предприятий болезненность психическими расстройствами выше, чем среди сельского населения. Отмечено, что ее максимальный уровень регистрируется среди инженерно – технического персонала и квалифицированных рабочих, работающих на автоматизированных линиях. В то же время, по мере снижения квалификации рабочих и уровня автоматизации производства показатель болезненности так же снижаются.

В последние годы для Украины все большую

значимость приобретает фактор уменьшения удельного веса в населении лиц трудоспособного возраста. Это связано с низкими показателями рождаемости и с процессами общего старения нации. Кроме того, в обществе возрастает удельный вес инвалидов и длительно болеющих людей. Негативную роль играет и эмиграция трудоспособного населения, вызванная экономическими факторами, необходимость профессиональной деятельности граждан Украины в других странах. В этих условиях наше общество объективно становится все более заинтересованным в использовании трудового потенциала проживающих в стране всех людей. В том числе – страдающих хроническими заболеваниями и инвалидов. Не только гуманизм, но и экономический расчет приводит к необходимости более широкого внедрения целостной высокоэффективной системы МСР в повседневную жизнь страны.

Поэтому в современных условиях сложилась повышенная экономическая заинтересованность украинского общества и государства в проведении комплекса необходимых реабилитационных мероприятий по ресоциализации не только инвалидов, но и длительно болеющих людей. Насущной потребностью для нашей страны является необходимость максимального облегчения трудоспособному населению ухода за больными членами семьи. Это позволит снизить уровень социальных, экономических и эмоциональных трудностей, возникающих в семье как в базовой ячейке общества и, соответственно, положительно сказаться на общей производительности труда больших групп населения.

Поэтому основной целью современной МСР является помощь не только больному человеку в достижении оптимального физического, психического и социального уровня, на который он способен в границах своего заболевания, для достижения им позитивной, социально приемлемой деятельности, но и, через решение этих вопросов, восстановление профессиональной и социальной компетенции всей семьи.

Определив МСР как широкую систему мероприятий, необходимо четко очертить предметную область данного вида деятельности. Мы считаем, что она является хоть и очень важным, но лишь одним из ряда аспектов в более широкой проблеме восстановления нарушенного социального статуса человека. Поэтому в целостной реабилитационной системе можно выделить следующие предметные сферы. Это медицинская, восстановительная, психологическая, педа-

гогическая, семейная, профессиональная, социальная (в узком понимании этого слова), сфера досуга, государственно-экономическая, юридически законодательная (а в более узком понимании и правовая), духовная (в том числе и религиозная) сферы. Каждая из них может осуществляться, как отдельное, самостоятельное направление со своими целями и задачами, и обеспечивать определенные потребности людей, нуждающихся в реабилитации. МСР так же имеет своей целью максимально полное восстановление социального статуса пациента, утраченного в связи с его болезнью. Она носит комплексный характер и также включает ряд относительно самостоятельных видов реабилитационной деятельности.

1. Медицинская. Предполагает проведение преимущественно медикаментозной терапии остаточных симптомов заболевания в период ремиссии и направлена на недопущение или же снижение риска возникновения возможного его обострения. Кроме того, данный вид МСР направлен на терапию интеркуррентных заболеваний и на формирование адекватного понимания и отношения к пациенту всего медицинского персонала.

2. Восстановительная терапия. Данный вид реабилитационных мероприятий предполагает проведение различных, преимущественно немедикаментозных форм воздействия (физиотерапия, лечебная физкультура и пр.), направленные на улучшение механизмов физиологической защиты пациента. Таким образом, восстановительная терапия - это нейро-физиологические и нейро-психологические аспекты МСР, направленные на терапию остаточных патодинамических функциональных или органических изменений в жизнедеятельности организма.

3. Психологическая (в узком смысле слова). Данный вид МСР предполагает перестройку нарушенных и/или патологически сформированных отношений пациента с другими людьми; его приспособление (адаптацию) к своей ограниченной жизнедеятельности; тренировку механизмов психологической защиты (компенсаторное, защитное или приспособительное поведение); формирование у пациента представлений о том, что болезнь накладывает на него определенные ограничения (коррекция уровня притязаний) и т. п.

4. Педагогическая - образовательная (или/и воспитательная). МСР тесно связана с психологической. Через неё осуществляется овладение пациентом специальными умениями, навыками,

знаниями, формируется готовность занять свое по возможности активное место в жизни. Данный аспект МСР позволяет активизировать потенциальные возможности пациента, достичь максимального для него уровня выраженных и оформленных способностей своего жизнеобеспечения.

5. Профессиональная. Данный аспект МСР направлен на восстановление у пациента утраченных трудовых навыков, на реализацию его трудового потенциала на возможном для больного уровне. При необходимости проводится трудовая переориентация

6. Семейная. Этот вид МСР должен включать коррекционную работу со всеми родственниками: с супругами, с детьми, родителями и другими близкими для него лицами. В том числе необходима такая работа в патогенной семье и разрыв, сложившихся в ней, симбиотических взаимоотношений. Данный тип реабилитации предполагает три направления. Во-первых, это формирование социально приемлемой формы отношения родственников к своему больному члену семьи. Во-вторых – формирование адекватного отношения больного к своим близким. В третьих, это работа, направленная на дестигматизацию, то есть восстановление нарушенного в связи с психическим заболеванием социального статуса всей семьи.

7. Социальная. Этот вид МСР имеет целью воссоздание, или как можно большее расширение социальных ролей пациентов, перенесших или страдающих психическими расстройствами. Она должна быть также направлена на рациональное устройство их быта (проживание в специальных общежитиях, коммунальных квартирах, т.п.).

8. «Реабилитация» досуга. Служит для преодоления замкнутости личности пациента, повышает ее активность, расширяет социальные контакты, позволяет формировать нормальное социальное окружение.

9. Государственно-экономическая. Целью данного вида МСР является реальная государственная поддержка лиц с психическими расстройствами, создание для них специальных фондов финансирования, законодательно утвержденных рабочих мест, сфер досуга и образования. Она включает в себя разработку специальной программы научного исследования проблемы и ее апробации. Особого внимания требует подготовка квалифицированных кадров (медиков – врачебного и сестринского персонала, психологов с различной специализацией, педагогов

– дефектологов и специалистов лечебной педагогики, социальных работников). А также – формирование маркетинговой службы.

10. Законодательная. Этот аспект МСР направлен на организационную и законодательную работу по обеспечению функционирования в масштабах страны всей системы реабилитационных мероприятий для лиц с ограниченными возможностями, в том числе – инвалидами, вследствие психических и поведенческих расстройств. Предусматривает необходимую законодательную работу специального Министерства или Комитета, издание специальных Законов, Постановлений и других нормативных документов, соответствующих правовым международным нормам.

11. Духовная. Духовная сфера человека является отдельной, естественной и не сводимой к «психическому – душевному» формой человеческого существования [16]. Разработка проблем «духовности» на протяжении многих столетий проводилась в различных теологических направлениях человеческой мысли и практики. Поэтому пациентам с психическими расстройствами необходимо проводить и религиозную реабилитацию, направленную на удовлетворение их религиозных потребностей

и чувств человека [17]. И лучше ее проводить в рамках традиционных религий, чем допускать скатывание больных в различные квазирелигиозные образования. В то же время, духовные аспекты МСР не должны сводиться и ограничиваться лишь религиозными формами работы, особенно с лицами, имеющими атеистическое мировоззрение.

Исходя из приведенного нами понимания целей МСР больных, следует, что данная проблема нуждается в дальнейшем детальном научном анализе. Нами предпринята попытка комплексного рассмотрения МСР, факторов приведших к формированию в современных развитых странах целостной реабилитационной системы и ее предметной сферы. Адаптация и внедрения такой многокомплексной системы МСР лиц, перенесших или страдающих психическими расстройствами в нашей стране, является одной из наиболее актуальных проблем украинского общества. Особенно в условиях, когда у нас остается мало разработанной не только ее правовая база, а в медицине отсутствует адекватная служба социальных работников, но и когда в самом обществе нет достаточного понимания всей остроты данной проблемы и, соответственно, нет новых поисков ее решения.

В.С. Підкоритов, В.І. Батков, Ю.Ю. Чайка, О.В. Скринник

ПРОБЛЕМИ МЕДИКО–СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті зроблена спроба цілісного розуміння проблеми медико – соціальної реабілітації. Проаналізовані чинники, що викликають необхідність проводити реабілітаційні заходи. Вказані як традиційні чинники, так і ті що формуються, властиві Україні. Обкреслена предметна область реабілітації. Уточнені її цілі. Особлива увага приділяється необхідності включення в реабілітаційні процеси сім'ї та найближчого оточення пацієнта. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 8-12)

V.S. Podkorytov, V.I. Batkov, Ju.Ju. Chayka, O.V. Skrynnik

PROBLEMS OF MEDICAL–SOCIAL REHABILITATION OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS IN THE MODERN SOCIETY

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

In the article all peculiarities of the problems of medical – social rehabilitation are shown. The traditional and Ukrainian distinctive factors influenced on the rehabilitation process as well as goal of rehabilitation are analyzed. Much prominence is given to necessity of including the patient's family and nearest social environment in rehabilitation process. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 8-12)

Литература

1. Корнев Н.М., Проскурина Т.Ю., Михайлова Е.А. Психическое здоровье школьников на современном этапе // *Мат. Научно – практичної конференції “Невротичні розлади та порушення поведінки у дітей та підлітків”*(Харків, 30–31 жовтня 2001 р.)
2. Querido A. The shaping of community health care. // *Intern. J. Psychiat.* – 1969. – Vol. 7. – N 5. – P. 300-311.
3. Caplan G. Caplan R. Development of community psychiatry concepts. / *Comprehen textbook psychiat.* - Baltimore, 1967. – P. 1499 – 1516.
4. Мелихов Д.Е. Социальное и трудовое устройство психически больных и инвалидов в СССР // *Журн. невропат. и психиатр.* – 1970. – Т.70. - № 2. – С. 161-167.
5. Fidler G. Fidler J. Occupational therapy. – New York, 1961. - P. 17-32.
6. Gastager H. Zum problem spatrehabilitation in der psychiatrie. // *Wen. med. Wschr.* – 1965. – Bd. 115. – N 30/31. – S. 615-618.
7. Doerner K. Historische und wissenschaftssoziologische voraussetzuugen der sozialpsychiatrie // *Was ist Sozialpsychiatrie.* – Bonn, 1995. – S. 91-107.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., Медицина, 1985. – 216 с.
9. Розе Г. Реабилитация психически больных позднего возраста // *Материалы научн. конф. «Реабилитация больных невро- психическими заболеваниями и алкоголизмом»* 25-26.11.1986. – Л., 1986. - С. 282-285.
10. Goldberg D. Rehabilitation of the chronically mental ill England. // *Soc. Psychiat.* – 1967. – Vol. 2. – N 1. – P. 1-13.
11. Чуркин А.А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья Социальное состояние общества и психическое здоровье / *Руководство по социальной психиатрии.* – М.: Медицина, 2001. – С. 479-496.
12. Соціальна педіатрія. Розділ: “Медико – соціальні аспекти реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи” . – Київ, 2001 р. – 496.
13. Соціальна педіатрія. Розділ: “Медико – соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров’я” // *Збірник наукових праць.-К.: Іптермед, 2003. – 346с.*
14. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. – М., 1996. – 133 с.
15. Положий Б.С., Аккерман Е.А. Невротические расстройства у работников промышленного предприятия // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 1989.- т. 89 - № 11. – С. 66 - 70
16. Франкл В. Теория и терапия неврозов / Пер. с нем. – СПб: Речь, 2001. – 234 с.
17. Рибо Т. Психология чувств. Пер. с фр. Киев. Одесса. СПб. 1998.- С 209 - 224.

Поступила в редакцию 20.10.03

УДК 616.895-036.4:616-036.12

*А.Ю. Васильева***НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ КОМОРБИДНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: аффективные расстройства, соматогенные (симптоматические) депрессии, расстройства адаптации, социальные фобии, хронические соматические заболевания

Изучению психологических особенностей пациентов, страдающих различными хроническими соматическими заболеваниями, посвящены работы многих исследователей [1-5]. Исследовалась связь между преморбидными личностными чертами и предпочтительностью в формировании того или иного вида расстройств аффективного спектра [6-8]. Так, А.К. Бурцевым [9] исследовались личностные особенности (с помощью Фрейбургского личностного опросника) и уровень алекситимии (применялась ТАШ) пациентов, страдающих соматогенными депрессиями, обусловленными патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. В личностном профиле пациентов наиболее представленными оказались шкалы, отражающие проявления астено-депрессивного плана.

Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положены результаты комплексного клинико-психологического исследования 426 пациентов с расстройствами аффективной сферы коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями, обратившихся в территориальные поликлиники городских общесоматических больниц № 26 и 27 г. Донецка в 2001-2002 гг.: 143 пациента (33,6%) наблюдались и проходили курсовое амбулаторное лечение у интернистов по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, 136 пациентов (31,9%) – заболеваний желудочно-кишечного тракта, 50 пациентов (11,7%) – заболеваний дыхательной системы, 48 пациентов (11,3%) – патологии мочевыводящей системы, 49 пациентов (11,5%) – эндокринной патологии. Основная группа обследованных была представлена пациента-

ми (102 человека, 24,0%) с депрессивными состояниями, которые рассматривались как причинно связанные с дисфункцией головного мозга вследствие хронических системных соматических заболеваний (F 06.32). Группу сравнения составили 177 больных (41,5%) с кратковременными и пролонгированными депрессивными и смешанными тревожно-депрессивными состояниями в рамках расстройств адаптации (F 43.20 – F 43.22) и лица с социальными фобиями (147 человек, 34,5%) (F 40.1).

Цель настоящего исследования – установление связи между особенностями личности, уровнем стрессоустойчивости и социально-психологической адаптации и возникновением расстройств аффективного спектра, а также выявление предпочтительности формирования того или иного вида аффективных расстройств в зависимости от сферы системной соматической патологии.

Работа проводилась с использованием клинически ориентированного многофакторного опросника Мини-Мульт, методики диагностики стрессоустойчивости Холмса и Раге, методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда.

Результаты исследований и их обсуждение

Проведенное с помощью опросника Мини-Мульт исследование позволило выделить особенности личности пациентов с различными видами аффективных расстройств. Так, личностный профиль пациентов с симптоматическими депрессиями, характеризовался значительным повышением по шкале Депрессии ($90,9 \pm 3,18$ Т балла) и по шкале Психастении ($72,9 \pm 1,75$ Т балла) и низкими показателями по шкале Гипомании ($34,1 \pm 4,12$ Т балла) (табл. 1). Личностный профиль этих пациентов отражает преобладание пассивной личностной позиции с ведущей мотивационной направленностью – сохранение жизни и здоровья. У пациентов выявляются следующие личностные особенности: высокий уровень осознания име-

ющихся проблем при неудовлетворенности и пессимистической оценке своих перспектив; склонность к раздумиям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживания, скептицизм, самокритичность, некоторая неуверенность в себе, своих возможностях. Высокие показатели по этой шкале отражают депрессивное настроение, негативные переживания, склонность к острому переживанию неудач, волнению, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, неуверенность в себе, а также выявляют осознанный самоконтроль, когда нереализованные намерения – в силу внешних обстоятельств или внутренних причин – отражаются в пониженном настроении.

Таблица 1

Уровень показателей по методике Мини-Мульт у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями коморбидными с расстройствами аффективного спектра

Показатели методики	Симптоматические депрессии	Расстройства адаптации	Социальные фобии	Достоверность различий
L	$46,2 \pm 1,82$	$46,4 \pm 1,23$	$47,6 \pm 1,45$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
F	$52,7 \pm 1,89$	$51,4 \pm 2,18$	$52,4 \pm 1,19$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
K	$46,3 \pm 0,97$	$46,8 \pm 0,87$	$47,3 \pm 1,62$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
1	$59,3 \pm 3,48$	$50,5 \pm 2,03$	$49,8 \pm 1,22$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
2	$90,9 \pm 3,18^*$	$65,8 \pm 1,46$	$53,5 \pm 1,12$	$p_1 < 0,05, p_2 < 0,05$
3	$61,5 \pm 2,74$	$56,1 \pm 2,07$	$54,9 \pm 2,04$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
4	$54,4 \pm 1,97$	$44,8 \pm 0,57$	$45,1 \pm 1,26$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
6	$59,5 \pm 4,54$	$55,4 \pm 2,05$	$54,0 \pm 1,34$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
7	$80,9 \pm 1,75^*$	$46,2 \pm 2,31$	$74,3 \pm 2,19^*$	$p_1 < 0,05, p_2 > 0,05$
8	$53,6 \pm 2,93$	$46,9 \pm 1,48$	$46,8 \pm 1,27$	$p_1 > 0,05, p_2 > 0,05$
9	$34,1 \pm 4,12$	$55,3 \pm 2,01$	$56,2 \pm 1,53$	$p_1 < 0,05, p_2 < 0,05$

p_1 – достоверность различий показателей при симптоматических депрессиях и расстройствах адаптации

p_2 – достоверность различий показателей при симптоматических депрессиях и социальных фобиях

* - показатели, превышающие нормативные значения.

У пациентов с расстройствами адаптации ни по одной из шкал показатели не превышали нормативных значений и находились в пределах от 50 до 65 Т-баллов. Исключение составили шкалы Психопатии ($44,8 \pm 0,57$ Т-баллов), Психастении ($46,2 \pm 2,31$ Т-баллов) и Шизоидности ($46,9 \pm 1,48$ Т-баллов), которые свидетельствуют о снижении мотивации достижения, отсутствии спонтанности, непосредственности поведения,

хорошем самоконтроле, невыраженном честолюбии, об отсутствии лидерских черт и независимости, о приверженности общепринятым нормам поведения, конформизме.

Показатель по шкале Депрессии у больных с расстройствами адаптации, несмотря на некоторое его повышение, не превышал его нормативных значений, что является существенным отличием личностного профиля этих пациентов от

страдающих соматогенными депрессиями. С одной стороны это свидетельствует о большей тяжести депрессий, обусловленных сомато-биологическими нарушениями, по сравнению с психогенными депрессиями, с другой стороны – отражает различные механизмы перестройки мотивационной сферы личности при клинически однотипных состояниях. В частности, если при соматогенных депрессиях смыслообразующим мотивом личности является выздоровление и сохранение соматического здоровья, то при депрессивно-тревожных состояниях в рамках расстройств адаптации – устранение стрессогенных факторов и нормализация актуальной жизненной ситуации.

У пациентов с социальными фобиями личностный профиль характеризовался пиком по шкале Психастении (74,3±2,19 Т-баллов) на фоне не выходящих за пределы нормативного разброса показателей по другим шкалам.

Таким образом, базисная структура личнос-

ти только у больных с симптоматическими депрессиями характеризовалась депрессивными проявлениями в сочетании с относительно высокими показателями по шкале Психастении.

Анализ личностных особенностей пациентов с симптоматическими депрессиями позволил выявить два вида показателей: 1) общие признаки, характерные для больных с различными хроническими соматическими заболеваниями и 2) признаки более или менее специфичные для конкретной соматической патологии.

К общим (неспецифическим) признакам относятся показатели по шкалам Гипомании (значительно ниже нормативных) и Паранойальности – также не выходящие за рамки нормативных значений у обследуемых контингентов больных. По остальным шкалам установлены различия, позволяющие выделить соматоспецифические особенности личностного профиля пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Показатели Мини-Мульт при симптоматических депрессиях в зависимости от характера соматической патологии

	ССС	ЖКТ	ДС	МС	ЭС
L	46,1±3,08	47,8±1,3	46,4±1,61	46,4±1,66	44,5±1,43
F	53,8±1,85	54,3±1,82	51,6±1,8	51,0±1,95	52,8±2,24
K	45,3±1,05	46,5±1,46	46,5±0,73	47,1±0,44	46,3±1,45
1	49,7±3,05	94,5±4,34*	49,9±3,48	52,4±4,44	50,1±3,18
2	99,7±3,97*	91,5±2,19*	85,9±2,79*	90,4±3,69*	87,2±2,09*
3	58,4±1,46	83,4±4,27*	56,5±4,46	55,3±2,74	54,0±3,82
4	46,1±1,65	46,2±3,29	85,3±2,88*	46,1±3,95	48,1±4,27
6	54,9±2,09	53,8±4,37	54,1±5,71	57,3±3,06	49,4±2,92
7	96,2±1,58*	66,9±2,24	92,1±1,74*	64,4±1,65	84,8±2,31*
8	46,3±2,73	48,6±2,63	46,8±2,92	48,9±3,12	77,6±6,09*
9	34,2±4,31	33,2±3,54	33,9±3,82	34,3±4,43	34,8±4,51

Примечание. L – шкала лжи, F – шкала достоверности, K – шкала коррекции, 1 – шкала Ипохондрии (Hs), 2 – шкала Депрессии (D), 3 – шкала Истории (Hy), 4 – шкала Психопатии (Pd), 6 – шкала Паранойальности (Pa), 7 – шкала Психастении (Pt), 8 – шкала Шизоидности (Se), 9 – шкала Гипомании (Ma).

* - показатели, превышающие нормативные значения.

В личностном профиле пациентов с симптоматическими депрессиями, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, определяются наиболее высокие показатели по шкалам Депрессии (99,7±3,97 Т-балла) и Психастении (96,2±1,58 Т-балла) и низкие показатели по шкале Гипомании (34,2±4,31 Т-балла). Кроме выше-

описанных особенностей, которые в большей или меньшей степени присутствуют почти у всех пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, этой группе пациентов свойственны преобладание пассивно-страдательной позиции, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность

и зависимость от средовых воздействий. В поведении преобладают мотивация избегания неуспеха, сензитивность, установка на конгруэнтные отношения с окружающими, зависимость от мнения большинства.

Сочетание с повышением профиля по шкале Психастении означает, что лица этого круга отличаются неуверенностью в себе, нерешительностью, тенденцией к тщательной проверке своих поступков и проделанной работы; они весьма обязательные и ответственные, с высоко развитым чувством долга, реагирующие повышенным чувством вины и самобичевания на малейшие неудачи и ошибки. Кроме того, такой профиль отражает степень осознания психологических проблем и вынужденного отказа от реализации своих намерений, что сопровождается снижением настроения, и клинически чаще всего проявляется в виде астенической или тревожной депрессии.

У пациентов с симптоматическими депрессиями, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта, наряду с высокими результатами по шкале Депрессии были выявлены высокие показатели по шкале Ипохондрии и по шкале Истории. Пик по шкале Ипохондрии свидетельствует о преобладании у этих пациентов неосознаваемого, вытесненного отказа от самоактуализации, мотивационной направленности личности на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. Основная их проблема – подавление спонтанности, сдерживание самореализации, контроль над агрессивностью, гиперсоциальная направленность интересов, ориентация на правила, инструкции, инертность в принятии решений, избегание серьезной ответственности из страха не справиться.

Избыточная эмоциональная напряженность проявляется повышенной сосредоточенностью на отклонениях от нормы и в сфере самочувствия, где чрезмерное внимание к работе внутренних органов проявляется ипохондричностью.

1-я шкала в сочетании с высокими 2-й и 3-ей отражает механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь является как бы ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, как бы единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности.

Высокая 1-я шкала является основной составляющей в структуре «язвенного типа личности» и отражает на психологическом уровне гастро-

энтерологические проблемы.

У пациентов, страдающих заболеваниями органов дыхания, определяется ведущий пик по шкале Психастении ($92,1 \pm 1,74$ Т-балла) на фоне повышенных показателей по шкалам Депрессии и Психопатии и низких – по шкале Гипомании ($33,9 \pm 3,82$ Т-балла). Сочетание высоких показателей по шкалам Психастении и Психопатии отражает проблему внутренне противоречивого, смешанного типа реагирования, в котором сталкиваются разноплановые тенденции: мотивация достижения с мотивацией избегания неуспеха, склонность к активности и решительным действиям со склонностью к блокировке активности в ситуации стресса, повышенное чувство достоинства и стремление к доминированию с неуверенностью в себе и избыточной самокритичностью, стеничный регистр эмоций гнева, восхищения, гордости и презрения с тревожностью, страхом и чувством вины. Все это, с одной стороны, способствует взаимной компенсации одних черт другими, с другой – нагнетает напряженность, так как и невротический и поведенческий путь отреагирования оказываются заблокированными.

Сочетание высоких показателей по шкалам Депрессии и Психопатии ослабляет агрессивность и неконформность, т.к. здесь отмечается более высокий уровень контроля сознания за поведением. Психологически это проявляется наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью.

У пациентов с патологией мочевыводящей системы определяется единственный пик по шкале Депрессии ($90,4 \pm 3,69$ Т-баллов) на фоне не выходящих за нормативные пределы показателей по остальным основным шкалам, кроме шкалы Гипомании, показатели которой ниже нормативных ($34,3 \pm 4,43$ Т-балла).

Пациенты, страдающие эндокринной патологией, обнаружили высокие показатели по шкалам Депрессии ($87,2 \pm 2,09$ Т-баллов), Психастении ($84,8 \pm 2,31$ Т-баллов) и Шизоидности ($77,6 \pm 6,09$ Т-баллов).

Сочетание повышенных 2-й, 7-й и 8-й шкал выявляет внутреннюю напряженность, тревожность, склонность к бесконечному обдумыванию каких-либо проблем (умственная «жвачка»), отгороженность, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности, комплекс вины и неполноценности. Чаще встречается у лиц после длительного эмоционального пере-

напряжения или на фоне хронически протекающей тяжелой болезни.

В процессе анализа результатов, полученных при исследовании пациентов, страдающих симптоматическими депрессиями, методикой социально-психологической адаптации Роджерса и Даймонда, достоверных различий в зависимости от сферы системной соматической патологии не обнаружено. У пациентов с различными хроническими соматическими заболеваниями выявлено значительное снижение показателей по шкалам Адаптивности и Эмоциональной комфортности с одновременным повышением по шкалам Деадаптивность, Эмоциональный дискомфорт, Внутренний контроль и Ведомость. Такие результаты говорят о низком уровне адаптации пациентов, обусловленном как самим тяжелым и длительно протекающим соматическим заболеванием, так и тем, что пациенты находятся в состоянии эмоциональной подавленности. Высокие показатели внутреннего контроля свидетельствуют о стремлении пациентов контролировать состояние своего здоровья, в том числе и психического, которые, однако, сочетаются с ведомостью, неспособностью принимать решения и настойчиво достигать целей, со склонностью к пассивной жизненной позиции, отсутствием прежде всего желания и возможности руководить, управлять, контролировать собственную жизнь, стремлением уходить от проблем нежели их разрешать. У большинства пациентов депрессивный фон настроения сочетается с негативной оценкой собственной личности, значительным снижением самооценки, своих возможностей, перспектив на будущее и негативным пересмотром событий прошлой жизни. Многие пациенты демонстрируют неприятие окружающих людей, что проявляется обидой и злостью на родственников, членов семьи, знакомых, завистью к здоровым людям.

У пациентов с расстройствами адаптации при различных хронических соматических заболеваниях практически по всем шкалам методики социально-психологической адаптации показатели не выходили за пределы нормативного разброса и только по шкале Деадаптивности незначительно превысили нормативный показатель, что можно расценивать как проявление более легкого и благоприятного течения эмоциональных нарушений у этого контингента пациентов.

Пациенты, с социальными фобиями, демонстрировали более глубокий уровень нарушений, нежели при расстройствах адаптации, что про-

являлось высокими показателями дезадаптивности, неприятием себя и окружающих и сопровождалось значительным эмоциональным дискомфортом, на фоне чрезвычайно низких показателей самопрятия, прятия других и эмоционального комфорта.

Анализ интегральных показателей социально-психологической адаптации показал, что наибольшей дезадаптированностью отличаются пациенты, страдающие симптоматическими депрессиями, в силу выраженного эмоционального дискомфорта, сочетающегося с неприятием себя, негативным отношением к окружающим, стремлением контролировать создавшуюся жизненную ситуацию при резко ограниченных возможностях для его реализации.

Хроническое соматическое заболевание создает препятствия на пути удовлетворения многих потребностей, в связи с чем изменяется мотивационная сфера больных – ведущим становится мотив выздоровления, сохранения здоровья и жизни. Решение многих жизненных проблем откладывается пациентами до момента выздоровления. Такая узкая направленность личности ограничивает жизненную перспективу больных, приводит к патологической фиксации на процессе лечения и болезненных переживаниях. Все это вызывает чувство неудовлетворенности жизнью, приводит к дополнительной невротизации личности, ухудшает ее адаптивные возможности. Болезненный процесс в этих случаях развивается по типу «психосоматической спирали»: соматические нарушения вызывают трудности социальной адаптации, снижают качество жизни пациента, а переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению течения соматического процесса.

Уровень стрессоустойчивости по методике Холмса и Раге у пациентов с симптоматическими депрессиями составил $153 \pm 15,4$ балла (соответствует высокой степени сопротивляемости стрессу), с расстройствами адаптации – $310 \pm 11,7$ балла (низкая степень сопротивляемости стрессу) и с социальными фобиями – $272 \pm 15,2$ балла (пороговая степень сопротивляемости стрессу).

Существенных различий в уровне стрессоустойчивости при различной системной соматической патологии у пациентов с симптоматическими депрессиями не выявлено: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы уровень стрессоустойчивости составил $188 \pm 17,9$ балла, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – $145 \pm 11,6$ балла, при патологии органов дыхания – $141 \pm 13,6$ балла, при заболеваниях моче-

выводящей системы – $141 \pm 15,7$ балла и при эндокринной патологии – $148 \pm 14,9$ балла (высокая степень сопротивляемости стрессу).

У пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями и расстройствами адаптации, уровень стрессоустойчивости соответствовал низкой степени сопротивляемости стрессу, фазе нервного истощения и от характера соматической патологии также существенно не зависел: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы уровень стрессоустойчивости составлял $321 \pm 13,6$ балла, при патологии желудочно-кишечного тракта – $309 \pm 19,8$ балла, при заболеваниях органов дыхания – $303 \pm 12,7$ балла, при патологии мочевыводящей системы – $313 \pm 11,9$ балла и при эндокринных заболеваниях – $304 \pm 15,7$ балла.

У пациентов, страдающих социальными фобиями, уровень стрессоустойчивости в целом соответствует пороговой степени сопротивляемости стрессу. Однако эта закономерность проявляется не при всех соматических заболеваниях. Так, при патологии сердечно-сосудистой системы уровень стрессоустойчивости составил $301 \pm 16,8$ балла (низкая степень сопротивляемости стрессу), при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – $275 \pm 19,7$ балла (пороговая степень сопротивляемости стрессу), при заболеваниях органов дыхания – $308 \pm 24,3$ балла (низкая степень сопротивляемости стрессу), при патологии мочевыводящей системы – $256 \pm 19,2$ балла и при эндокринной патологии – $219 \pm 15,8$ балла (пороговая степень сопротивляемости стрессу).

Таким образом, наиболее устойчивыми к стрессовым ситуациям оказались пациенты с симптоматическими депрессиями, наименее устойчивыми – пациенты с расстройствами адаптации. Промежуточное место по этому показателю занимают лица с социальными фобиями.

Вышеуказанные и достаточно характерные особенности стрессоустойчивости обследованных больных свидетельствуют о различных патогенетических механизмах расстройств аффективного спектра, коморбидных с различными хроническими соматическими заболеваниями. Более высокие показатели стрессоустойчивос-

ти при симптоматических депрессиях позволяют предположить, что эти нарушения являются не реакцией на стресс (в том числе и реакцией личности на соматическое заболевание и его последствия), а, скорее, непосредственным следствием патогенных соматических влияний.

С другой стороны, низкая стрессоустойчивость облегчая возникновение пролонгированных психогенных (невротических) состояний как реакций на индивидуально трудные жизненные ситуации (включая ситуацию, связанную с соматическим заболеванием), лежит в основе тревожно-депрессивных нарушений в рамках расстройств адаптации.

Наконец, резко выраженное снижение стрессоустойчивости или ее пороговые значения у пациентов с социальными фобиями, по нашему мнению, можно объяснить относительно стабильной адаптированностью больных к индивидуальным фобическим ситуациям на протяжении многолетнего периода их проявлений.

Подводя итог клинико-психологическим исследованиям больных с различными аффективными расстройствами коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями, можно отметить, что им свойственны как общие, так и более или менее специфические особенности при конкретной соматической патологии. В частности, базисная структура личности у больных с симптоматическими депрессиями, по сравнению с аффективными расстройствами иного генеза, сочетающимися с хроническими соматическими заболеваниями, характеризуется значительным повышением профиля по шкале Депрессии и Психастении, значительным снижением ресурсов социально-психологической адаптации пациентов и наиболее высокими показателями стрессоустойчивости. Установлены также соматоспецифические особенности личности при аффективных расстройствах различного происхождения. Это свидетельствует о неодинаковых патогенетических механизмах расстройств аффективного спектра при различных хронических соматических заболеваниях, что по нашему мнению, необходимо учитывать при проведении с больными терапевтических мероприятий.

Г.Ю. Васильєва

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ КОМОРБІДНІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Донецький державний медичний університет, Україна

У роботі представлені результати комплексного експериментально-психологічного дослідження 426 пацієнтів з афективними розладами, які коморбідні із хронічними соматичними захворюваннями, що звернулися в територіальні поліклініки 2-х загальносоматичних лікарень міста Донецька. Виявлено особистісні особливості пацієнтів з афективними розладами в залежності від сфери системної соматичної патології. Вивчені стресостійкість і рівень соціально-психологічної адаптації пацієнтів з різними видами афективних розладів, які коморбідні із хронічними соматичними захворюваннями. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 13-19)

A. Yu. Vasilyeva

SOME CLINIC AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS COMORBIDITY WITH CHRONIC SOMATIC DISEASES

Donetsk state medical university, Ukraine

In work the results of complex experimental-psychological research 426 patients with affective disorders comorbidity with chronic somatic diseases are submitted which have addressed to territorial polyclinics 2 somatic hospitals of city of Donetsk. Are revealed personal of feature of the patients with affective disorders depending on system somatic pathology. Are investigated stress-stability and level of social-psychological adaptation of the patients with different kinds affective disorders comorbidity with chronic somatic diseases. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 13-19)

Литература

1. Копытин А.И. Экспериментально-психологические методы в дифференциальной диагностике депрессивных состояний // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Ленинград, 1990. — 20 с.
2. Мишиев В.Д. О взаимосвязи клинических проявлений депрессии с преморбидными особенностями личности // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1997, № 1(3). — С. 78-81.
3. Ушенин С.Г. Психологические особенности пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца // Журнал психиатрии и мед. психологии. — 2000. - №1 (7). — С. 75-78.
4. Бурцев А.К., Выговская Е.М., Копайло М.В. Некоторые клинико-психологические характеристики лиц с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении экстракорпоральным гемодиализом // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1997. - №1 (3). — С. 21-26.
5. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — Т.97, №2. — С. 4-9.
6. Бурцев А.К., Выговская Е.М., Вольфогель А.Л., Пырков С.Г. и др. Некоторые личностные особенности больных сахарным диабетом, страдающих депрессивными расстройствами // Укр. медичний альманах. — 2000. - Том 3, №2 (додаток). — С. 15-16.
7. Сидоров П.И., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Психические изменения и психологические особенности больных сахарным диабетом // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. - №3. — С. 106-108.
8. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. — 2002. - № 8. — С. 15-19.
9. Бурцев А.К. Алекситимия и соматогенные депрессии // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999, № 1 (5). — С. 29-36.

Поступила в редакцию 12.05.03

УДК 616.89-008.-441.-44+616.895.4]+615.214

*А.М. Скрипніков, Г.Т. Сонник, В.О. Рудь***РОЛЬ ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ В ПАТОМОРФОЗІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ З СУЇЦИДАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ**

Українська медична стоматологічна академія, Україна

Ключові слова: депресивний стан, патоморфоз, суїцидальні прояви

Протягом останніх років в спеціальній літературі велика кількість вітчизняних та закордонних дослідників відмічає помітний патоморфоз психічних захворювань [2,5]. Підкреслюється значне зростання числа структурно змінених форм депресій, серед яких особливе місце займають атипові симптоми, у тому числі параноїдні [3, 4]. Пояснення цьому знаходять у більш широкому застосуванні психотропних препаратів, зміні соціально-середовищних умов, дії геліогеофізичних факторів [2, 5]. У той же час більшість дослідників вказують на те, що причини патоморфозу психічних захворювань на теперішній час не можуть вважатися установленими. Вирішенню цієї проблеми може сприяти використання епідеміологічних методів дослідження.

Нами була виконана спроба дати епідеміологічну оцінку депресивним станам у психічно хворих та визначити значення психофармакологічних факторів у їх патоморфозі. З цією метою був проведений клініко-статистичний аналіз 4472 історій хвороб стаціонарних хворих афективними психозами, що перебували на лікуванні у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О.Ф. Мальцева протягом 20 років (1981-2000 рр.). З них 317 хворих страждали на реактивну депресію, 1439 – біполярним афективним розладом, 427 – шизоафективним розладом та 2289 – рекурентним депресивним розладом.

У клінічній картині хворих на реактивну депресію основними синдромами були астено-депресивний (52,12%) та депресивно-параноїдний (46,24%).

Серед хворих на біполярний афективний розлад маніакальний епізод діагностували у 37,6%, депресивний – у 62,4%. Періодичний тип перебігу відмічали у 68,32% (52,12% надходжень), циркулярний – у 21,07% (36, 52%) та альтернуючий – у 10,61% (11,36%) хворих.

У клінічній картині хворих на шизоафективні розлади були виділені два варіанти – циклотимоподібний та рекурентний.

Циклотимоподібна симптоматика відмічалася у 48,36% хворих (40,94% поступлень), рекурентний тип розладу спостерігався у 51,64% (59,05% поступлень). Серед них переважно афективні порушення мали місце у 71,19%, депресивно-параноїдні – у 27,24%, онейроїдно-кататонічні – у 1,57%.

Хворі на рекурентний депресивний розлад умовно були поділені на 5 основних структурних типів: адинамічний (18,31%), резонуючий (8,78%), сенестоіпохондричний (19,22), тривожний (34,47%) та депресивно-параноїдний (19,22%).

Суїцидальні спроби мали місце в 1976 випадках. Серед них при реактивній депресії вони спостерігались у 32,76% пацієнтів, при шизоафективному розладі – у 37,32%, при біполярному афективному розладі – у 18,54% і при рекурентному депресивному розладі – у 11,38% пацієнтів.

Усі обстежені хворі були поділені на 2 групи. У 1-у групу увійшли хворі, які поступили в стаціонар з 1981 по 1990 р., у 2-у – з 1991 по 2000 р. За віком та статтю пацієнтів обидві групи були практично однорідні.

При порівнянні особливостей клінічних проявів установлено, що у хворих на реактивну депресію у 2-й групі помітно збільшилася питома вага астенодепресивного синдрому (54,63 проти 48,73%; $p < 0,05$), у першу чергу за рахунок форм із млявим перебігом. У той же час у 2 рази зменшилась частота депресивно-параноїдного синдрому (42,23% проти 87,16%; $p < 0,01$). Його структура не зазнавала яких-небудь помітних змін. Дещо частіше зустрічався депресивно-істеричний синдром (17 хворих проти 9 у 1-й групі). Його прояви у більшості носили легкий, неглибокий, редукований характер. Скоротилася кількість ажитованих депресій.

У хворих на біполярний афективний розлад маніакальні епізоди за останнє десятиріччя стали зустрічатися рідше (27,85% у 2-й групі проти 33,26% у 1-й: $p < 0,05$), тяжкість її проявів змен-

шилася. Відповідно збільшилось число депресивних фаз (72,15% у 2-ї групі проти 66,74% у 1-ї; $p < 0,05$). Помітно змінився характер її клінічних проявів. Так, у хворих 2-ї групи частіше відмічалися загальмованість, туга, тривога та депресивно-параноїдні порушення. У той же час зменшилася депресія з адинамією, значно скоротилося число випадків із психічною анестезією, ідеями самопригнічення та галюцинозом. Зменшилася частота нав'язливих тривожних побоювань, афективно-маячних станів, сенесто-похондричних розладів.

При шизоафективних психозах частота афективних нападів у хворих обох груп була приблизно однаковою (79,37% у 1-ї групі проти 80,25% у 2-ї). Дещо зросла за останнє десятиріччя питома вага депресивно-параноїдних станів (з 14,34% у 1-ї групі до 17,68% у 2-ї; $p < 0,05$), скоротилось представництво однойодно-кататонічних нападів (1,76% у 1-ї групі, 0,49% у 2-ї; $p < 0,05$).

При вивченні клінічних проявів рекурентного депресивного розладу була виявлена тенденція до помітного збільшення серед хворих 2-ї групи адинамічного (28,54% проти 11,22%; $p < 0,01$), тривожного (39,88% проти 24,12%; $p < 0,01$) та депресивно-параноїдного (31,44% проти 12,31%; $p < 0,01$) типів.

Зміна клінічних характеристик хворих за рахунок збільшення частоти більш легких редукованих форм призвело до скорочення середньої тривалості перебування в стаціонарі хворих 2-ї групи. Ця закономірність чітко простежується у первинних хворих на реактивну депресію ($39,07 \pm 0,37$ днів проти $42,77 \pm 0,42$ днів; $p < 0,001$), біполярний афективний розлад ($64,12 \pm 1,81$ дні проти $77,39 \pm 1,19$ днів; $p < 0,001$), рекурентний депресивний розлад ($70,32 \pm 2,14$ дні проти $94,29 \pm 1,17$ днів; $p < 0,001$). У повторних хворих спостерігали ту ж тенденцію. У хворих на шизоафективні розлади, як первинних, так і повторних, термін перебування у стаціонарі у 1-ї групі був менш тривалий, ніж у 2-ї (відповідно $79,31 \pm 4,15$ та $55,32 \pm 0,71$ днів проти $97,22 \pm 3,12$ та $57,63 \pm 1,12$ днів; $p < 0,005$ та $p < 0,05$).

Відбулося збільшення показників первинної госпіталізації (на 100 000 населення): для хворих на реактивну депресію з 0,6 у 1981 р. до 1,1 у 2000 р., для хворих на біполярний афективний розлад з 0,3 у 1981 р. до 0,5 у 2000 р., для хворих на рекурентний депресивний розлад з 1,3 у 1981 р. до 3,2 у 2000 р. Виключення склали хворі на шизоафективні психози, у яких намітився невеликий спад: 0,6 у 1981 р., 0,4 у 2000 р.

Зросла кількість суїцидальних дій серед пацієнтів з депресивною симптоматикою: з 38,61% в першій групі до 46,37% у другій. При цьому спостерігається перерозподіл суїцидальної активності серед вікових категорій в бік осіб похилого віку (27,12% пацієнтів 1-ї групи у віці старше 60 років і 35,17% пацієнтів похилого віку у 2-ї групі). Порівнюючи питому вагу способів реалізації суїцидальних дій, ми не знайшли суттєвого зростання чи зменшення якихось з них за два означені періоди. Загалом з 1981 по 2000 роки розподіл виглядає наступним чином: отруєння лікарськими препаратами, засобами побутової хімії – 89,54%; дія гострих предметів – 9,45%; падіння з висоти, електротравма, залізнична травма та інші способи – 1,01%.

Нами також проведений кількісний аналіз активних методів лікування, що застосовувалися у лікарні. У період з 1981 до 2000 р. лікування активними методами було проведене 52487 хворим: з 1981 по 1990 р. 20585 (39,22%) та з 1991 по 2000 р. 31902 (60,78%) хворим. При лікуванні хворих із депресивними станами поряд із антидепресантами (меліпрамін, амітриптилін та ін.) застосовували нейролептики із вираженою антипсихотичною дією.

Відомості про застосування активних методів лікування приведені в таблиці 1.

Звертає на себе увагу скорочення інсулінотерапії (1,03% проти 14,82% на першому етапі), рідше став застосовуватись аміназин (25,12% проти 64,38% на першому етапі). Одночасно значно частіше почали застосовувати тізерцин (31,28% проти 5,32%), галоперідол (9,21% проти 2,02%), трифтазін (17,40% проти 4,86%), препарати літію (2,72% проти 1,14%), модітену-депо (1,23% проти 0,29%). Вперше почали застосовувати флуоксетін, флувоксамін та флюанксол.

Таким чином, із вищесказаного видно, що депресивні стани у психічно хворих перетерпіли на протязі 20-річного періоду значні зміни: збільшення числа редукованих форм із м'яким перебігом, переважання астенодепресивних та циклотимічних станів та відповідно зменшення випадків, що характеризуються глибокою депресією, поєднаною зі ступором, відмовою від прийому їжі, ідеями марення нігілістичного змісту, психічною анестезією і т. д. Ці зміни не суперечать диференційно-діагностичним критеріям досліджуваних нами нозологічних форм та не виходять за рамки. Постійно зростає суїцидальна активність хворих на депресивні розлади різної нозологічної належності, що відбиває загальнопопуляційні тенденції суїцидальної активності з

характерною динамікою [1]. Інтранозоморфоз депресивних станів у психічно хворих відбувся на фоні більш інтенсивного застосування як ан-

тидепресантів, так і нейролептиків, у першу чергу піперазинових похідних та бутирофенонів на другому етапі періоду, що вивчається.

Таблиця 1

Застосування активних методів терапії по етапам

Етапи	Активні методи лікування (в %)										
	аміназін	інсулін	амітриптилін	трифтазін	тизерцин	галоперідол	препарати лігію	модіген-депо	флуоксетин	флувоксамін	флюанксол
I (1981-1990)	64,38	14,82	7,17	4,86	5,32	2,02	1,14	0,29	-	-	-
II (1991-2000)	25,12	1,03	4,33	17,40	31,28	9,21	2,72	1,23	4,10	3,04	0,54

Отримані дані підтверджують уявлення, що склалися у психіатричній літературі про медикаментозний патоморфоз психічних захворювань. Фармакогенні фактори сприяють трансформації

синдромів депресивних станів. Їх подальший аналіз дозволить уточнити зміст понять «довготривалий та короткочасний патоморфоз» та розширити можливості прогнозування у психіатрії.

А.Н. Скрипников, Г.Т. Сонник, В.А. Рудь

РОЛЬ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОМОРФОЗЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Украинская медицинская стоматологическая академия

Изучена роль психофармакологических факторов в патоморфозе депрессивных расстройств с суицидальными проявлениями путем клинко-статистического анализа 4472 историй болезни стационарных пациентов с аффективными психозами, находившихся на лечении в Полтавской областной клинической психиатрической больнице им. А.Ф. Мальцева на протяжении 20 лет (1981-2000 гг.). Показано влияние фармакогенных факторов на трансформацию синдромов депрессивных состояний. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2003. — № 1 (10). — С. 20-22)

A.N. Skrypnikov, G.T. Sonnik, V.A. Roud

THE ROLE OF PSYCHOPHARMACOLOGICAL FACTORS IN THE PATHOMORPHOSIS OF DEPRESSIONS WITH SUICIDE MANIFESTATIONS

Ukrainian Medical Stomatology Academy

In order to determine the role of psychopharmacological factors in the pathomorphosis of depressions with suicide manifestations, a clinic-statistical analysis of 4472 files on the hospital patients with affective psychoses was performed in Poltava regional psychiatric clinic covering 20 years (1981-2000). The results, which were received, are showed the inspiration of pharmacogenic factors on the transformation of depression syndromes. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 20-22)

Література

1. Конончук Н.В. О суицидальных попытках при депрессиях / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М., 1990. - №4. - С. 76-80.
2. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - Санкт-Петербург: Мед. информ. агентство, 1995. - 87с.
3. Ginestet D., Slama M. Prescription des antidépresseurs / Perspectives Psy, 1998. - 37. - P. 292-299.
4. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management / Advances in Psychiatric Treatment, 2000. - vol. 6. - P. 169-177.
5. Pisho P. Эпидемиология депрессий // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1990. - № 12. - С. 82-84.

Поступила в редакцию 16.05.03

УДК 612.8+615.21

*В.Н. Казаков, Т.И. Панова, Ю.Е. Панов***АНКСИОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КОМОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ МОРФИННОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: морфинная зависимость, абстинентный синдром, уровень страха и тревожности, коленовая кислота.

Борьба с различного вида наркотическими зависимостями — актуальная задача современности. При этом надо признать, что симптоматическая терапия, направленная на нормализацию отдельных показателей, оказалась малоэффективной [12]. Единственным действенным способом является отказ от наркотиков, но при этом у больных развивается абстинентный синдром, сопровождающийся тяжёлыми соматовегетативными, болевыми, сомническими и психопатологическими проявлениями. Несмотря на существование сегодня целого ряда способов купирования опиоидного абстинентного синдрома (заместительная терапия более «лёгкими» опиоидами с последующей их отменой, блокирующая терапия, ускоренная и сверхускоренная детоксикация) [3,9,15,17,21], продолжается активный поиск новых, потому что каждый из перечисленных методов основан всего лишь на симптоматическом подходе и требует длительной поддерживающей терапии с применением большого количества сильнодействующих препаратов. Каждый из них обладает способностью подавлять только одно-два из многочисленных проявлений абстиненции. Многие из этих препаратов имеют побочные негативные эффекты [11,18,20]. Рецидивы же приёма наркотиков после этого всё равно не исключены [7,10,24]. Более того, известны явления психических и поведенческих расстройств в результате их употребления [8,13].

Мы предлагаем новый подход к купированию абстинентного синдрома. Новизна состоит в том, чтобы использовать для этих целей коленовую кислоту — естественный компонент алкалоидной смеси опиоидного мака. Сама по себе коленовая кислота не способна активировать опиоидные рецепторы, т.е. не является их лигандом, как другие компоненты этой смеси (например, морфин), и поэтому не может считаться даже «лёг-

ким» наркотиком. Но она является модулятором этих рецепторов. Под её влиянием увеличивается сопряжение с G-белками дельта-рецепторов, ответственных за связывание эндогенных опиоидов. В результате повышается эффективность синаптической передачи, пролонгируется действие эндогенных опиоидов (чувствительность к которым в морфинизированном организме снижена). Причём эффекты коленовых кислот на мембрану проявляются только на фоне морфина (читай — на неморфинизированный организм она не оказывает никакого действия). При этом сопряжение с G-белками мю-рецепторов, ответственных за связывание морфина, уменьшается, что можно трактовать как избирательное снижение чувствительности к морфину [6]. В пользу такого вывода могут свидетельствовать и предварительные испытания коленовых кислот, в которых обнаружен её анальгетический эффект. Причём у морфинзависимых крыс этот эффект более выражен, чем у здоровых [5].

Для купирования абстинентного синдрома представляется целесообразным использование вещества именно с такими свойствами. Адекватной моделью для проверки возможных свойств коленовых кислот купировать абстинентный синдром является изучение её влияния на показатели уровня страха и тревожности, поскольку повышенный их уровень является одним из обязательных проявлений нарушенного эмоционального статуса при абстинентном синдроме. Целью работы: выяснение влияния коленовых кислот на показатели уровня страха и тревожности морфинзависимых крыс в состоянии абстинентного синдрома при отмене морфина.

Коленовая кислота предоставлена нам группой учёных из Института физиологии им. И.П. Павлова (г. Санкт-Петербург). Заявка на изобретение № 2002107079/14 (007288). Дата приоритета 19.03.2002. Россия.

Материал и методы исследования

Эксперименты проведены на 96 белых беспородных половозрелых крысах массой 190-210 г. в течение 45 суток. Были сформированы 3 группы: одна экспериментальная и две контрольных. Группы были равными и включали по 32 крысы. Животные содержались в клетках группами по 4 особи при свободном доступе к воде и пище и постоянном светотемновом режиме. Работа с животными производилась в соответствии с «Принципами ухода за лабораторными животными» (директива 24.11.1986 (86/609/ЕЕС).

Эксперимент состоял из трёх этапов.

Первый этап — первые 18 суток — наркотизация животных экспериментальной и первой контрольной групп. Наркотическая зависимость вызывалась путём внутрибрюшинного введения один раз в сутки 1% гидрохлорида морфина в нарастающих дозах от 0,2 до 1 мл (от 10 до 50 мг/кг) за одну инъекцию. Животным второй контрольной группы вводили 1,5 мл (50 мг/кг) коменовой кислоты.

Второй этап — с 19 по 36 сутки — отмена морфина. Крысам экспериментальной группы вместо морфина вводили 1,5 мл (50 мг/кг) коменовой кислоты, а животным первой и второй контрольных групп — 1,5 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

Третий этап — с 38 по 50 сутки отмена всех, каких бы то ни было инъекций.

Перед началом эксперимента, а затем в его определённые (см. ниже) дни крыс тестировали на уровень тревожности и страха. В экспериментальной и первой контрольной группах тестирование проводили в утренние часы перед очередной инъекцией морфина или коменовой кислоты. Во второй контрольной группе половину животных тестировали до введения коменовой кислоты, а половину — через 30 минут после её введения. Это делали для выявления возможных непосредственных срочных эффектов коменовой кислоты на животных.

Для выявления компонентов тревожности и страха в поведении крыс были использованы приподнятый крестообразный лабиринт и открытое поле.

В тесте «открытое поле» крысу из привычной небольшой клетки с неярким освещением помещали в большую ярко освещённую камеру размером 100 x 100 см и высотой стенки 40 см.

Пол камеры разделён на 25 (5x5) равных квадратов (16 периферийных, прилежащих к стенкам, и 9 внутренних, ярко освещённых). Освещение производилось лампой 50 Вт, расположенной на высоте 150 см над центром поля. В течение 5 минут подсчитывали отдельно число пересечённых внешних и внутренних квадратов, число обследованных отверстий, число катышков помёта (болюсов). Неподвижность, нахождение в затемнённых пристеночных квадратах, повышенную дефекацию можно рассматривать как симптомы страха [2]. Кроме того, вычисляли соотношение посещённых пристеночных и центральных квадратов (показатель А) и соотношение числа посещённых внутренних квадратов открытого поля к числу фекальных болюсов (показатель Б), так как существует высокая отрицательная зависимость между числом фекальных болюсов и числом заходов в центральные квадраты, а также между числом заходов в центральные и пристеночные квадраты [2].

Приподнятый крестообразный лабиринт с лучами длиной 90 см имел два открытых и два закрытых луча, высота стенок которых 30 см. У животных учитывали число заходов в закрытые и открытые лучи лабиринта, число подходов к дистальному концу открытых лучей, число свешиваний. Все показатели регистрировали в течение 5 минут наблюдения. Вычисляли соотношение заходов в открытые и закрытые лучи (показатель В). Подходы к дистальным концам открытых лучей и свешивания расценивали как проявления низкой эмоциональности и низкого уровня страха и тревожности [19].

В тесте «открытое поле» животных тестировали перед началом морфинизации, а затем в 9, 18, 27, 36, 45 дни эксперимента. В крестообразном лабиринте животных тестировали за 4 дня до морфинизации, а затем в 5, 14, 23, 32, 41, 50 дни эксперимента. Таким образом, в каждом тесте животное бывало не чаще, чем 1 раз в 9 дней, что исключало эффект привыкания к условиям теста.

Экспериментальный материал обработан статистически с использованием U-критерия Манна-Уитни. Использовали пакет программ «Статистика». Оценивали значимость различий между контрольными и экспериментальной группами в каждый из дней эксперимента, а также внутри каждой группы между разными днями эксперимента.

Результаты исследований и их обсуждение

Динамика показателей уровня тревожности и страха животных экспериментальной и первой контрольной группы до начала эксперимента, по ходу морфинизации и после её окончания представлены в таблицах 1-2.

Морфинизация очень сильно изменила эмоциональный статус животных.

Вначале морфинизации заметно уменьшился уровень страха и тревожности. Это проявилось в том, что в 5 день крысы чаще заходили в открытые лучи лабиринта ($6,5 \pm 0,7$ по сравнению с $4,0 \pm 0,4$ до морфинизации в экспериментальной группе и $6,9 \pm 0,6$ по сравнению с $5,0 \pm 0,5$ в контрольной), чаще подходили к дистальным концам открытых лучей ($5,0 \pm 0,5$ по сравнению с $3,5 \pm 0,5$ в экспериментальной группе и $5,4 \pm 0,7$ по сравнению с $4,5 \pm 0,5$ в контрольной). Соответственно возрос и показатель В ($0,68 \pm 0,06$ по сравнению с $0,53 \pm 0,05$ до начала морфинизации в экспериментальной группе и $1,08 \pm 0,09$ по сравнению с $0,63 \pm 0,06$ в контрольной) (табл. 1). Различия между показателями исходного уровня и показателями 5-го дня были значимыми с $p < 0,05$. Чуть поз-

же, в 9 день морфинизации, сохранялась усиленная горизонтальная двигательная активность по сравнению с доэкспериментальным уровнем: регистрировалось достоверно большее общее число пересечённых квадратов в открытом поле ($27,2 \pm 2,9$ по сравнению с $21,4 \pm 2,4$ в экспериментальной группе и $31,9 \pm 3,2$ по сравнению с $25,5 \pm 2,6$ в контрольной). При этом пропорционально возросло посещение как внутренних, так и внешних квадратов, поэтому показатель А изменился незначительно ($0,16 \pm 0,02$ по сравнению с $0,18 \pm 0,02$ в экспериментальной и $0,17 \pm 0,02$ по сравнению с $0,19 \pm 0,02$ в контрольной). «Бесстрашие» проявилось также и в снижении числа фекальных болусов ($2,1 \pm 0,3$ по сравнению с $3,0 \pm 0,3$ до морфинизации в экспериментальной группе и $2,2 \pm 0,2$ по сравнению с $2,5 \pm 0,3$ в контрольной). Соответственно увеличился и показатель Б ($2,14 \pm 0,3$ по сравнению с $1,07 \pm 0,2$ в экспериментальной группе и $1,81 \pm 0,2$ по сравнению с $1,40 \pm 0,2$ в контрольной) (табл. 2). Различия между показателями исходного уровня и показателями 9-го дня были значимыми с $p < 0,01$.

Таблица 1

Уровень страха и тревожности в крестообразном лабиринте

День	Число заходов в открытые лучи		Число заходов в закрытые лучи		Число подходов к дистальным концам открытых лучей		Число свешиваний в открытых лучах		Соотношение числа заходов в открытые и закрытые лучи (В)	
	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контр n=32
4	$4,0 \pm 0,4$	$5,0 \pm 0,5$	$7,5 \pm 0,8$	$8,0 \pm 0,8$	$3,5 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,3$	$5,0 \pm 0,5$	$0,53 \pm 0,05$	$0,63 \pm 0,06$
5	$6,5 \pm 0,7$	$6,9 \pm 0,6$	$9,5 \pm 1,0$	$6,4 \pm 0,7$	$5,0 \pm 0,5$	$5,4 \pm 0,7$	$3,3 \pm 0,3$	$4,6 \pm 0,5$	$0,68 \pm 0,06$	$1,08 \pm 0,09$
14	$0,9 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,2$	$0,5 \pm 0,0$	0,0	0,0	0,0	$0,32 \pm 0,03$	$0,75 \pm 0,08$
23	$1,5 \pm 0,2^{**}$	0,0	$3,7 \pm 0,4^{**}$	$1,5 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,1^{**}$	0,0	$2,4 \pm 0,3^{**}$	0,0	$0,41 \pm 0,04$	0,0
32	$5,4 \pm 0,6^{**}$	$1,2 \pm 0,1$	$6,0 \pm 0,7^{**}$	$2,5 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,6^{**}$	$0,7 \pm 0,1$	$4,6 \pm 0,5^{**}$	$0,8 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,09$	$0,48 \pm 0,05$
41	$4,2 \pm 0,4^{**}$	$2,5 \pm 0,3$	$8,0 \pm 0,8$	$6,8 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,4$	$4,3 \pm 0,4$	$4,9 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,5$	$0,53 \pm 0,05$	$0,43 \pm 0,04$
50	$4,5 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,4$	$8,5 \pm 0,9$	$7,5 \pm 0,8$	$2,9 \pm 0,3$	$5,2 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,3$	$5,1 \pm 0,5$	$0,53 \pm 0,05$	$0,53 \pm 0,05$

*- $P_U < 0,05$; ** - $P_U < 0,01$, в остальных случаях $P_U > 0,05$ (в сравнении с контролем).

К 14, и особенно к 18 дню морфинизации в психоэмоциональном статусе животных произошли ещё более глубокие изменения. Уровень страха и тревожности в этот отрезок времени не только не снижался, но, напротив, значительно вырос. Так, в 14 день, будучи высаженными в центр крестообразного лабиринта, крысы либо сразу скрывались в закрытом его луче и практически не выходили оттуда, либо так и оставались сидеть в центре лабиринта, не отдавая предпочтения ни светлым, ни тёмным рукавам ($0,9 \pm 0,1$ заходов в светлые рукава в экспериментальной группе и $1,5 \pm 0,2$ в контрольной и соответственно

$2,8 \pm 0,3$ заходов в тёмные рукава в экспериментальной группе и $2,0 \pm 0,2$ в контрольной) (табл. 1). При сравнении с исходными показателями значимость различий с $p < 0,01$. Особенно сильно отразился высокий уровень страха и тревожности на таком поведении, как подходы к дистальным концам открытых лучей и свешивания с них. Эти показатели снизились до нуля (табл. 1). При сравнении с доэкспериментальными, нормальными значениями значимость различий с $p < 0,01$. В дальнейшем этот процесс усугубился ещё больше. В 18 день морфинизации в открытом поле ни одна (!) крыса не зашла ни в один из централь-

ных квадратов. Передвижения по периферическим квадратам также были весьма ограничены ($4,0 \pm 0,4$ в экспериментальной группе и $3,4 \pm 0,4$ в контрольной) (табл.2). Высокая тревожность

проявилась в заметном увеличении числа катышков помёта ($8,0 \pm 0,8$ в экспериментальной группе и $9,0 \pm 0,9$ в контрольной) (табл. 2). Соответственно упали до нуля показатели А и Б (табл.2).

Таблица 2

Уровень страха и тревожности в тесте «открытое поле»

	Число посещённых внутренних квадратов		Число посещённых внешних квадратов		Число фекальных болюсов		Соотношение числа внутренних к числу внешних квадратов (А)		Соотношение числа внутренних квадратов к числу болюсов (Б)	
	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контр n=32	Эксперим n=32	Контроль n=32	Эксперим n=32	Контр n=32
0	$3,2 \pm 0,3$	$3,5 \pm 0,4$	$18,2 \pm 2,0$	$22,0 \pm 2,3$	$3,0 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,3$	$0,18 \pm 0,02$	$0,19 \pm 0,2$	$1,07 \pm 0,2$	$1,40 \pm 0,2$
9	$4,5 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,4$	$27,4 \pm 2,9$	$23,2 \pm 2,3$	$2,1 \pm 0,3$	$2,2 \pm 0,2$	$0,16 \pm 0,02$	$0,17 \pm 0,2$	$2,14 \pm 0,3$	$1,81 \pm 0,2$
18	0,0	0,0	$4,0 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,4$	$8,0 \pm 0,8$	$9,0 \pm 0,9$	0,0	0,0	0,00	0,00
27	$2,3 \pm 0,3^{**}$	$0,5 \pm 0,05$	$15,6 \pm 1,8^{**}$	$8,5 \pm 1,0$	$3,1 \pm 0,3^{**}$	$5,5 \pm 0,6$	$0,15 \pm 0,02$	$0,06 \pm 0,00$	$0,70 \pm 0,00$	$0,09 \pm 0,01$
36	$1,2 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,07$	$15,0 \pm 2,1^*$	$14,1 \pm 1,5$	$2,9 \pm 0,3^*$	$3,6 \pm 0,4$	$0,09 \pm 0,1$	$0,05 \pm 0,00$	$0,41 \pm 0,04$	$0,19 \pm 0,02$
45	$3,3 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,3$	$19,0 \pm 2,3$	$19,0 \pm 2,3$	$2,2 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,3$	$0,17 \pm 0,2$	$0,13 \pm 0,01$	$1,27 \pm 0,13$	$0,83 \pm 0,08$

*- $P_U < 0,05$; ** - $P_U < 0,01$, в остальных случаях $P_U > 0,05$ (в сравнении с контролем).

На втором этапе эксперимента — отмены морфина – показатели уровня тревожности и страха крыс экспериментальной и первой контрольной групп существенно отличались друг от друга.

Особенно значимыми эти отличия были в первые 14 дней отмены (19-32 сутки эксперимента). Эти первые дни характеризовались острым абстинентным синдромом, который протекал гораздо тяжелее у животных контрольной группы, не получавших коленовую кислоту. На фоне абстинентного синдрома у крыс контрольной группы уровень страха и тревожности был значительно выше, чем у животных экспериментальной группы, получавших коленовую кислоту. Так, в 5 день отмены морфина (23 сутки общего отсчёта времени эксперимента) в крестообразном лабиринте эти крысы были малоподвижны: по-прежнему совершенно не заходили в светлые рукава, очень невелико число заходов в тёмные рукава ($1,5 \pm 0,2$), полностью отсутствовали подходы к дистальным концам и тем более свешивания, показатель В равен нулю (табл.1). Аналогичные показатели у крыс экспериментальной группы были такими: число заходов в светлые лучи $1,5 \pm$, в тёмные — $3,7 \pm 0,4$, подходы к дистальным лучам — $1,2 \pm 0,1$, свешивания — $2,4 \pm 0,3$, показатель В — $0,41 \pm 0,04$ (табл.1). В 27 сутки эксперимента отличия уровня страха и тревожности между особями контрольной и экспериментальной групп продолжали оставаться существенными. В открытом поле животные контрольной группы практически не посещали центральные квадраты ($0,5 \pm 0,05$ против $2,3 \pm 0,3$ у экспериментальных), меньше передвигались и вдоль стенок по периферическим ($8,5 \pm 1,0$ против $15,6 \pm 1,8$), зато количество фекальных болюсов у них было больше ($5,5 \pm 0,6$

против $3,1 \pm 0,3$), соответственно меньше показатели А ($0,06 \pm 0,00$ против $0,15 \pm 0,01$) и Б ($0,09 \pm 0,01$ против $0,7 \pm 0,07$) (табл.2). Несколько неожиданно, что в 32 день различия в тревожности и страхе не нивелировались, а в некоторых случаях стали даже выраженнее, чем раньше: число заходов в открытые лучи крестообразного лабиринта у контрольных крыс $1,2 \pm 0,1$ против $5,4 \pm 0,6$ у экспериментальных, в закрытые лучи — $2,5 \pm 0,3$ против $6,0 \pm 0,7$, число подходов к дистальным концам $0,7 \pm 0,07$ против $5,4 \pm 0,6$, свешиваний — $0,8 \pm 0,09$ против $4,6 \pm 0,5$, показатель В — $0,48 \pm 0,05$ против $0,9 \pm 0,09$ (табл.1).

Необходимо подчеркнуть, что описанная всё время увеличивающаяся разница между контрольной и экспериментальной группами в период с 23 по 32 день обусловлена более быстрыми изменениями (стабилизацией) показателей в экспериментальной группе, где достоверность различий между показателями 27 и 18 дней, и показателями 32 и 23 дней была с $p < 0,01$. Показатели же крыс контрольной группы стабилизировались гораздо медленнее (табл.1 и 2). Разница в скорости стабилизации проявилась настолько, что уже в 27 день показатели уровня страха и тревожности у крыс экспериментальной группы не отличались от таковых до начала эксперимента ($p > 0,05$), тогда как для крыс контрольной группы достоверность различий при аналогичном сравнении была с $p < 0,01$.

На третьем этапе — отмены каких-либо инъекций: коленовой кислоты и физиологического раствора, начиная с 36 дня и до конца эксперимента, описанные различия между особями контрольной и первой экспериментальной групп начали стираться. Так, ненамного отличались показатели в открытом поле: число посещённых

центральных квадратов было $0,7 \pm 0,07$ у контрольных против $1,2 \pm 0,1$ у экспериментальных, пристеночных — $14,1 \pm 1,5$ против $15,0 \pm 2,1$, фекальных болюсов — $3,6 \pm 0,4$ против $2,9 \pm 0,3$, показатель Б — $0,19 \pm 0,02$ против $0,41 \pm 0,04$, а показатель А — $0,09 \pm 0,01$ против $0,05 \pm 0,01$. Необходимо отметить, что стирание различий обусловлено двумя причинами: относительной стабилизацией состояния контрольных крыс (их показатели в 36 день отличались от таковых в 27 день с $p < 0,01$) и некоторым ухудшением показателей 36 дня по сравнению с предыдущим, 27 днём, у экспериментальных.

Дальнейшая стабилизация уровня страха и тревожности у контрольных крыс наблюдалась и в 41 сутки эксперимента. Некоторые показатели (число подходов к дистальным концам и число свешиваний с них) уже соответствовали исходному значению до начала эксперимента ($p > 0,05$). В сравнении с экспериментальной группой количество свешиваний с открытых лучей крестообразного лабиринта у контрольных крыс оказалось практически таким же, как у экспериментальных ($4,2 \pm 0,5$ против $4,9 \pm 0,5$), а подходов к дистальным концам — даже больше ($4,3 \pm 0,4$ против $3,0 \pm 0,4$) (табл.1). Однако отмеченная стабилизация носила признаки относительного характера, потому что остальные показатели, во-первых, не достигли исходного уровня, а, во-вторых, были ниже аналогичных в экспериментальной группе. Например, число заходов в светлые лучи у контрольных крыс было всего $2,5 \pm 0,3$ против $4,2 \pm 0,4$ у экспериментальных. Число же заходов в тёмные лучи отличалось недостоверно. Соответственно ненамного отличались показатели В ($0,43 \pm 0,04$ против $0,53 \pm 0,05$) (табл.1).

Частичность описанной стабилизации контрольных крыс проявилась и в 45 день эксперимента (27 день отмены морфина) при тестировании в открытом поле. Это проявилось в том, что число выходов в центральные квадраты так и не достигло нормального (исходного) значения ($p < 0,05$), а также в том, что это число у контрольных крыс было всё-таки значимо ниже, чем у экспериментальных ($2,5 \pm 0,3$ против $3,3 \pm 0,3$). В то же время не выявлено различий между количеством посещений периферических квадратов ($19,0 \pm 2,3$ против $19,0 \pm 2,3$) и фекальных болюсов ($3,0 \pm 0,3$ против $2,2 \pm 0,2$). Последние два показателя соответствовали нормальным исходным значениям ($p > 0,05$), т.е. произошла их стабилизация. Что же касается показателей А и Б, то они ещё значимо отличались

от нормальных, $p < 0,05$. Соответственно существенно отличия этих показателей у крыс контрольной и экспериментальной групп: показатель А $0,13 \pm 0,01$ против $0,17 \pm 0,02$ и показатель Б $0,83 \pm 0,08$ против $1,27 \pm 0,13$ (табл.2).

Во второй контрольной группе не отмечали значимых различий показателей исходного уровня от таковых в каждый из дней первого этапа эксперимента (введение коеновой кислоты), второго этапа (введение физиологического раствора), третьего этапа (отмена всех инъекций) ($p > 0,05$).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о способности коеновой кислоты ускорять вызванный морфинизацией регресс нарушений психоэмоционального состояния крыс при отмене морфина. Это ускорение весьма ощутимо: 9 дней вместо 45. Показательно, что после отмены коеновой кислоты на третьем этапе эксперимента не произошла дестабилизация ни одного из показателей уровня страха и тревожности крыс экспериментальной группы. Это может говорить, во-первых, об отсутствии привыкания к коеновой кислоте, а во-вторых, о её стабилизирующем влиянии на нейромедиаторное, нейрохимическое обеспечение мозга. Согласно концепции И.П. Анохиной и соавт., общим звеном патогенеза различных типов наркоманий являются характерные нарушения нейрохимических процессов [1].

Ещё одну существенную деталь представляется важным обсудить. В нашем исследовании коеновая кислота не приводила к видимым изменениям поведенческих реакций у здоровых крыс второй контрольной группы. Также не отмечали различий в поведении крыс, тестируемых до и после введения коеновой кислоты. Это означает, что сама по себе она не обладает психотропным действием.

Наши данные согласуются с результатами других исследователей, в частности, показавших, что морфин при недлительном употреблении уменьшает тревожность (в начале морфинизации крысы больше проводили времени в светлом рукаве крестообразного лабиринта), но сформировавшаяся морфинная зависимость увеличивает уровень страха [14,16], абстинентный синдром также повышает тревожность [23], лиганды мю-рецепторов модулируют тревожность [22].

Нам представляется целесообразным дальнейшие испытания терапевтических эффектов коеновой кислоты с целью детализации её влияний на морфинизированный живой организм. Исследованное нами вещество может быть пер-

спективным при лечении морфийного абстинентного синдрома. Обнаруженный же эффект отсутствия привыкания и зависимости делает воз-

можным использование этого вещества для длительной поддерживающей терапии после купирования острого абстинентного синдрома.

В.М. Казаков, Т.І. Панова, Ю.Є. Панов

АНКСІОЛІТИЧНИЙ ЕФЕКТ КОМЕНОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ МОРФІННОМУ АБСТИНЕНТНОМУ СИНДРОМІ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

В хронічних експериментах на 160 морфійзалежних щурах показано, що коменова кислота має властивість нормалізувати рівень страху і тривожності морфійзалежних щурів в стані абстинентного синдрому при скасуванні морфіну. Рахували кількість відвідуваних внутрішніх і зовнішніх квадратів (окремо) та їх співвідношення, кількість фекальних болюсов і її співвідношення до кількості внутрішніх квадратів в тесті «відкрите поле», кількість відвідуваних темних і світлих рукавів та їх співвідношення в тесті світло-темного вибору, кількість підходів до дистальних кінців в відкритих рукавах та звішувань з них в хрестоподібному лабіринті. У щурів-наркоманів перераховані показники відрізнялися від нормальних. Тварини, які отримували при скасуванні морфіну коменову кислоту, легше переносили абстинентний синдром, ніж тварини, які її не одержували. Це проявилось в більш скорішому регресі порушень і більш ранішій нормалізації та стабілізації показників рівня страху і тривожності (9 днів в експериментальній групі замість 45 в контрольній). При цьому не розвивалися звичка і залежність від самої коменової кислоти. Введення коменової кислоти інтактним щурам не викликало змін показників рівня страху і тривожності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 23-29)

V.Kazakov, T. Panova, Yu. Panov

ABOUT ANXIOLYTIC EFFECT OF COMENIC ACID IN MORPHINE WITH DRANVAL SYNDROME

Donetsk state medical university named after M. Gorkiy

Chronic experiments on 160 morphia-dependent rats have shown that comenic acid has a property of normalizing the fear level and anxiety level of morphia-dependent rats at the stage of morphine discontinuation. The integrative indices of emotional reactivity were the number of fecal boluses, the motor activity in the central and peripheral squares of the open field (fear level), the number of entering the dark and light rays of the labyrinth in the light-dark choice test (anxiety level), approaches to the distal ends in the open rays and leanings over them in the cruciform labyrinth. The above indices of the rats-addicts differed from those of the normal ones. The animals receiving comenic acid at the stage of morphine discontinuation endured withdrawal syndrome better than the animals without it. It was manifested by an earlier normalization and stabilization of the fear level and anxiety level (9 days in the experimental group versus 45 days in the control one). Ut the same time, no addiction and dependence on comenic acid itself developed. Administration of comenic acid caused no deviations in the fear level and anxiety level of the intact rats. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 23-29)

Литература

1. Анохина И.П., Оган Б.М., Христолюбова И.А. Нейрохимические основы патогенеза различных типов наркоманий // Журн неврол и психиатр. 1979. Т.79. № 6. С.751-758.
2. Буреш Я., Бурешова О., Хьюстон Д.П. Методики и основные эксперименты по изучению мозга и поведения. М.: Высшая школа, 1991. 400 с.
3. Винникова М.А., Иванец Н.Н. Опыт применения ксефокама (лорноникама) для купирования болевого синдрома у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. 2001. № 4. С.102-106.
4. Казаков В.Н., Панова Т.И., Крылов Б.В., Панов Ю.Е. Купирование морфийного абстинентного синдрома у крыс с помощью коменовой кислоты // Нейрофизиология // Neurophysiology.- 2003. -Т.35. -№1.-С.43-49.
5. Казаков В.Н., Панова Т.И., Крылов Б.В., Панова Л.Е. Субстанция Q-134 обладает анальгетическим эффектом // Біль, знеболення і інтенсивна терапія. 2002.-№4(21).-С.7-13.
6. Казаков В.Н., Панова Т.И., Цывкин В.Н., Прудников И.М. Модулирующее влияние коменовой кислоты на морфийзависимую активацию G-белков в плазматических мембранах из мозга крысы // Нейрофизиология//Neurophysiology.- 2003. -Т.35. -№2.-С.91-96.
7. Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журн неврол и психиатр. 1999. Т.99. № 10. С.14-19.
8. Рымша С.В., Жученко Л.Н., Жученко И.А. Психические расстройства при острых отравлениях нейролептиками// Журн неврол и психиатр. 1999. Т.99. № 8. С.24-27.
9. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Превентивная терапия опиоидной наркомании налтрексоном // Журн неврол и психиатр. 1998. Т.98. № 11. С. 22-25.
10. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Использование нейролептиков в лечении опиоидной наркомании // Журн неврол и психиатр. 1999. Т.99. № 6. С.29-34.
11. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Мишнаевский А.Л., Яковчук А.М., Расулов М.М., Калужеревич Л.В., Парфёнов Д.А., Мустафин Х.Х. Развитие комы при использовании налтрексона у больного опиоидной наркоманией // Ж-л неврологии и психиатрии. 2000. Т.100. №8. С. 55-57.
12. Чирко В.В. Течение и исходы наркоманий по данным отдалённого катамнеза // Журн неврол и психиатр. 1998. Т.98. № 6. С.19-22.
13. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании. Патопсихология, клиника, реабилитация. С-Пб.: Лань, 2001. 460 с.
14. Abrahamsen GC, Caldarone BJ, Stock HS, Schutz AD, Rosellini RA. Conditioned fear exacerbates acute morphine dependence // Pharmacol Biochem Behav. 1995. Jun-Jul, T. 51, №2-3, P. 407-413.
15. Amato L, Davoli M, Ferri M, Ali R. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal // Cochrane Database Syst Rev. 2002. № 1. CD003409.
16. Bilkei-Gorzo A, Gyertyan I, Levay G. mCPP-induced anxiety in the light-dark box in rats – a new method for screening anxiolytic activity//Psychopharmacology(Berl).1998.Apr. T.136, №3. P.291-298.
17. Cone EJ, Preston KL. Toxicologic aspects of heroin substitution treatment // Ther Drug Monit. 2002. Apr. T.24. № 2. P. 193-198.
18. Curran HV, Kleckham J, Beam J, Strang J, Wanigaratne S. Effects of methadone on cognition, mood and craving in detoxifying opiate addicts: a dose-response study // Psychopharmacology (Berl). 2001. Mar 1. T.154. № 2. P.153-60.
19. Dawson G.R., Tricklebank M.D. Use of the elevated plus maze in the search for novel anxiolytic agents // TIPS.- 1995.- № 16.- P.16-32.
20. Marrazzi M.A., Wroblewsky J.M., Kinzie J., Luby E.D. High-dose naltrexone and liver function safety // Am J Addict. 1997. T. 6. № 1. P.21-29.
21. McLellan A.T., Woody G.E., Metzger D. Evaluating of effectiveness of addiction treatments // Milbank Qu. 1996. T.74. № 1. P. 51-85.

22. Sasaki K, Fan LW, Tien LT, Ma T, Loh HH, Ho IK. The interaction of morphine and gamma-aminobutyric acid (GABA)ergic systems in anxiolytic behavior: using mu-opioid receptor knockout mice // Brain Res Bull. 2002. Mar 15. T. 57, № 5. P.689-694.

23. Schulteis G, Yackey M, Risbrough V, Koob GF. Anxiogenic-like effects of spontaneous and naloxone-precipitated opiate withdrawal

in the elevated plus-maze // Pharmacol Biochem Behav. 1998. Jul. T. 60. № 3. P.727-731.

24. Strang J, Marsden J, Cummins M, Farrell M, Finch E, Gossop M, Stewart D, Welch S. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome // Addiction. Nov. T.95. № 11. P.1631-1645.

Поступила в редакцию 10.09.03

УДК 616.89-055.5

*Т.Л. Ряполова***АНАЛИЗ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОГИ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: семейная тревога, депрессия, женщины

Семья — не просто сумма людей, а система, и как всякая система, обладает определенной структурой, состоящей из элементов и связей между элементами, а также собственными качественными особенностями, присущими только целому и несводимому к сумме свойств частей. В семье все взаимосвязано, и при повреждении любого ее звена возникают реперкуссии во всех остальных частях. При наличии в семье больного никто не остается интактным, нарушается установившееся равновесие во взаимоотношениях, семья перестает функционировать как гармоничное целое. Больной человек в семье может являться тем эпицентром, от которого распространяются далее болезнетворные влияния, затрагивающие остальных членов семьи и взаимоотношения между ними, т.е. изменяющие общее семейное состояние. Одной из составляющих состояния семьи является семейная тревога, отражающая общий тон переживаний индиви-

да, связанный с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье. Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые [4]. Характерным признаком данного типа тревоги является то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся прежде всего семьи — здоровья ее членов, отлучек и поздних возвращений, стычек и конфликтов, возникающих в семье. Данное семейно-обусловленное состояние во взаимодействии с характерологическими особенностями личности оказывается тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизнедеятельности семьи в психическое или психосоматическое расстройство индивида [1,4].

Целью настоящего исследования явилась попытка оценить семейную тревогу в семьях женщин с депрессией в структуре невротических расстройств.

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: наличие мужа и детей, проживающих совместно с больной (одинокие больные исключались из рассмотрения); отсутствие органической мозговой дисфункции. Выборку можно считать случайно сформированной группой больных женщин с невротоподобными психическими расстройствами, имеющих семью.

В соответствии с МКБ-10, у подавляющего большинства обследованных женщин определялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (18чел. — 85,7%), которые были представлены: расстройством адап-

тации 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%), ипохондрическим 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%). 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 больных (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.

Подавляющее большинство женщин (20 чел. – 95,24%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное. С точки зрения мужей всех обследованных женщин (21 чел.) материальное положение их семей было удовлетворительным. Семьи 18 обследованных (85,7%) проживали в отдельной квартире, 3 (14,3%) – с родителями. 8 больных (38,1%) характеризовали взаимоотношения в своих семьях

как спокойные, доброжелательные; 3 (14,3%) – как теплые, дружественные, доверительные; 7 (33,3%) – как постоянно конфликтные; 3 (14,3%) – с эпизодическими конфликтами. Характеристика взаимоотношений в семье мужьями совпадала с оценкой женщин.

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

Диагностика семейных эмоциональных состояний проводилась с помощью методики «Анализ семейной тревоги» (АСТ) [3], имеющей три субшкалы: В – вина (неадекватное ощущение индивидом ответственности за все отрицательное, что происходит в семье); Т – тревожность (ощущение, что его ситуация в семье не зависит от его усилий); Н – нервное напряжение (ощущение, что выполнение семейных обязанностей является непосильной задачей для индивида). Оценивалось количество баллов по каждой из субшкал, а также суммарный показатель обобщенной шкалы, характеризующий общую семейную тревожность.

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), ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r).

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/тревоги по методике HADS. Сравнительная характеристика семейной тревоги 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 (характеристика групп IV, V, VI приведена в примечании к таблице) представлена в таблице 1.

В группе больных без депрессии не было диагностировано семейной вины, семейная тревожность отмечалась у 2 больных (28,57%), семейная напряженность – также у 28,57% обследованных данной группы (2 чел.). Общая семейная тревожность была диагностирована у 1 больной (14,28%). Анализ средних величин позво-

лил выявить семейную напряженность в данной группе обследованных (показатель статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал соответствующие показатели у женщин с депрессией и у мужей больных данной группы). В группе мужей больных без депрессии семейная вина была диагностирована у 1 обследованного (14,26%), семейная тревожность – у 2 обследованных (28,57%), семейная напряженность – у 3 обследованных (42,86%). Общая семейная тревожность была выявлена у 3 обследованных (42,86%).

В группе больных с субклинически выраженной депрессией семейная вина была диагностирована у 1 больной (14,26%), семейная тревожность – у 3 больных (42,86%), семейная напряженность – у 2 больных (28,57%). Общая семейная напряженность была выявлена у 3 больных (42,86%). У мужей больных данной группы не было выявлено семейной вины, семейная напряженность была определена у 4 об-

следованных (57,14%), семейная напряженность – у 3 обследованных (42,86%). Средняя величина семейной напряженности у мужей больных с субклинически выраженной депрессией приближался к 5 (диагностировано се-

мейное напряжение) и статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал соответствующий показатель у женщин. Общая семейная напряженность была диагностирована у 2 мужчин данной группы (28,57%).

Таблица 1

Сравнительная характеристика семейной тревоги в семьях больных с депрессией в структуре невротических расстройств

	Жены			Мужья		
	Группа I	Группа II	Группа III	Группа IV	Группа V	Группа VI
Субшкала В	1,43±0,481	4,14±0,8	1,29±0,421	3,57±0,297	2,57±0,528	3,71±0,644
Субшкала Т	3,43±0,751	3±0,873	2,43±0,429	4±0,309	4±0,488	4,96±0,261*
Субшкала Н	5±0,987*	4,33±1,33	2±0,577	4,14±0,738	4,71±0,522*	5,69±0,36*
Семейная тревожность	9±1,53	10,6±2,01	6,86±1,22	11,7±1,23	11,3±0,969	14,5±0,595*

Примечание: * - различия между группами достоверны ($p < 0,05$); группа I – больные женщины без депрессии (n=7); группа II – больные женщины с субклинически выраженной депрессией (n=7); группа III – больные женщины с клинически выраженной депрессией (n=7); группа IV – мужья больных без депрессии (n=7); группа V – мужья больных с субклинически выраженной депрессией (n=7); группа VI – мужья больных с клинически выраженной депрессией (n=7).

В группе больных с клинически выраженной депрессией было диагностировано лишь семейное напряжение у 2 больных (28,57%). У мужей больных данной группы были выявлены: семейная вина (2 чел. – 28,57%), семейная тревожность (5 чел. – 71,43%), семейное напряжение (6 чел. – 85,71%). Общая семейная тревожность была диагностирована у 4 обследованных (57,14%). Средние величины показателей семейной тревожности, семейного напряжения и общей семейной тревоги у мужчин данной группы статистически достоверно ($p < 0,05$) превышали соответствующие показатели в других группах, в том числе и у больных с клинически выраженной депрессией. Интересным является факт, что все мужчины, у которых была диагностирована семейная тревога, при первоначально негативном отношении к исследованию, прочитав вопросы методики АСТ, удивлялись по поводу того, что вопросы «в точности описывают состояние, котором находишься с началом

болезни жены» (высказывание обследованного Д.,43 лет). После выполнения методики облегчался контакт с мужьями больных и создавались условия для проведения семейной психотерапии.

Методом ранговой корреляции Спирмена не удалось определить корреляционных связей между семейной тревогой (и ее отдельных составляющих) у больных и их мужей и наличием и выраженностью тревоги (в методике HADS) у больных с невротическими расстройствами.

Таким образом, согласно полученным предварительным данным, депрессия у женщин с невротическими расстройствами не сопровождается семейной тревогой у них самих, а способствует развитию семейной тревоги у их мужей (как общей семейной тревоги, так и ее составляющих – вины, тревожности, напряженности), что является основанием для дальнейших углубленных исследований психических расстройств у членов семей женщин, страдающих депрессией.

Т.Л. Ряполова

АНАЛІЗ СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ У РОДИНАХ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ У СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

Представлені у статті результати порівняльного дослідження методикою АСТ 21 подружньої пари, в яких жінка страждає на депресію в структурі невротичних розладів, виявляють більш високий рівень сімейної тривоги та напруженості у чоловіків, ніж у жінок. Отримані дані показують необхідність проведення подальших досліджень на предмет виявлення психічних розладів у членів родин, де жінка страждає на депресію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 30-33)

T.L. Ryapolova

THE ANALYSIS OF FAMILY ANXIETY IN FAMILIES OF WOMEN SUFFERING FROM DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS

Donetsk State Medical University, Ukraine

The given article presents the results of the comparative research of 21 married couples made with the help of «Analysis of family anxiety» methods. The results show that husbands have higher level of anxiety and uneasiness in the couples where wives suffer from depression in the structure of neurotic disorders. The received data show the necessity of carrying out the further investigations to expose mental disorder among the members of the family where the woman suffers from depression. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 30-33)

Литература

1. Авксентьева М.В. Семья и болезнь / Обзор под ред. Н.Н.Симоновой. - М.: Медицинский вестник, 1994. - 118с.
2. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. - Харьков, «Торнадо», 2003. - С. 327-330.

3. Системная семейная психотерапия. Под ред. Э.Г.Эйдемиллера. Москва - Харьков - Минск: «Питер», 2002. - С.83-95.
4. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. - СПб: Питер, 1999. - 656с.

Поступила в редакцию 16.10.03

УДК 616.89 - 036.12

*С.Г. Пырков, Е.М. Выговская, И.И. Деменкова, Р.А. Грачев***К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, трансплантационный центр ДОКТМО, Украина

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, качество жизни.

В последние годы термин «качество жизни» (КЖ) широко используется в мире. Первоначально являясь социологическим понятием, в настоящее время он нашел употребление и в медицине. Это связано с применением современных технологий, введением в клиническую практику новых методов, обеспечивающих адекватное и щадящее лечение, что привело к снижению заболеваемости и смертности среди больных различными соматическими заболеваниями. Таким образом, в настоящее время все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больных, но их адаптация в физической, психологической и социальной сферах, а показатели КЖ становятся неперемными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, оказываемой им помощи [1, 2, 3].

Общепринятое определение КЖ отсутствует. Ряд исследователей характеризует его как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни [2]. ВОЗ определяет 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» [4].

Среди больных различными соматическими заболеваниями группа лиц с хронической почеч-

ной недостаточностью (ХПН), получающих лечение гемодиализом (ГД), занимает особое положение. Несмотря на значительные успехи в лечении данных больных, перспектива пожизненного диализного лечения по-прежнему внушает им чувство страха и безнадежности. И даже когда лечение идет успешно и появляются реальные перспективы, возвращение к полноценной жизни зачастую становится серьезной психологической проблемой для больного.

Качество жизни больных, находящихся на лечении ГД, по литературным данным [5-8], определяется рядом факторов: возрастом, состоянием здоровья, видом лечения, характеристикой диализного центра, образованием, сопутствующей патологией, семейным статусом. Исследования значительных контингентов больных ХПН, несомненно, содержат ценные статистические данные о различных факторах, влияющих на их КЖ, однако они недостаточно систематизированы, что затрудняет проведение адекватной медицинской и социальной реабилитации данных больных. Поэтому исследования в этом направлении являются весьма важными и актуальными.

Целью настоящего исследования явилось изучение субъективных критериев КЖ лиц с ХПН, получающих лечение ГД, в сопоставлении с объективным критерием, отражающим трудовую реабилитацию данного контингента.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 40 больных ХПН, которые получали лечение ГД в трансплантационном центре Донецкого областного клинко-территориального медицинского объединения (ДОКТМО), по методикам WHOQOL (КЖ-100) – опросник качества жизни ВОЗ [4] и SF-36 Health Status Survey [9].

КЖ-100 позволяет оценить различные аспек-

ты жизни: физическую, психологическую, духовную сферы; уровень независимости; социальные взаимоотношения и окружающую среду. Таким образом, с помощью данного опросника осуществлялась оценка шести крупных аспектов (сфер) КЖ. Внутри каждого из них выделяется несколько составляющих – более узких и конкретных аспектов жизни, связанных

с состоянием здоровья индивида, терапевтическим вмешательством. Структура опросника ВОЗ КЖ-100 составлена таким образом, что более высокая оценка (в баллах) указывает на меньшую удовлетворенность соответствующим аспектом жизни. Этот опросник отражает субъективную оценку благополучия респондентов, их удовлетворенность условиями жизни и является универсальным.

Экспериментально-психологическая методика SF-36 Health Status Survey была специально создана для оценки качества жизни различных групп соматически больных и отражает субъективную удовлетворенность респондентом КЖ. Методика содержит ряд шкал, составленных таким образом, что более высокая оценка (в баллах) указывает на лучшее состояние здоровья. В SF-36 Health Status Survey представлены следующие шкалы: физическое функционирование – PF (отражает диапазон сильной физической активности); ролевая физическая шкала – RP (характеризует физическую способность выполнять профессиональную работу); физическая боль – BP (отражает роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности); здоровье в целом – GH (оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящее время и перспектив ле-

чения); жизнеспособность – VP (оценка респондентом своего жизненного тонуса, т.е. подразумевает ощущение себя полным сил, энергии или, напротив, обессиленным); социальное функционирование – SF (характеристика уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и т.д.); ролевая эмоциональная шкала – RE (степень ограничения повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами); психическое здоровье – MH (оценка респондентом своего настроения: счастья, спокойствия и т.д.); оценка здоровья в динамике – HT (оценка самочувствия по сравнению с предыдущим годом).

В соответствии с целью исследования пациенты были разделены на две группы: 1 группа – больные ХПН, получающие лечение ГД и продолжающие работать (9 человек); 2 группа – больные ХПН, получающие лечение ГД и неработающие (31). Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM – совместимом компьютере в пакете программ STADIA. При сравнении средних величин использовался метод Стьюдента-Фишера с определением вероятности различий «р». Различия принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст больных ХПН, находящихся на лечении ГД и продолжающих работать (далее I) составил $44,8 \pm 3,87$ лет, у неработающих (далее II) – $41,9 \pm 2,12$ лет ($p > 0,05$). Средняя длительность основного заболевания – $23,1 \pm 3,79$ (I) и $16,0 \pm 1,56$ (II) лет ($p > 0,05$). Средняя продолжительность лечения ГД составила $5,79 \pm 1,15$ (I) и $4,66 \pm 0,711$ (II) лет - $p > 0,05$. Следует отметить отсутствие статистически достоверных отличий между группами по времени установления диагноза хронического заболевания почек и назначением лечения ГД: $16,8 \pm 4,18$ (I) и $10,5 \pm 1,43$ (II) лет - $p > 0,05$. Все больные, продолжающие работать, имели первую группу инвалидности по основному заболеванию. У неработающих инвалидами первой группы были 96,8% больных и 3,2% - второй. Статистически достоверных различий по данному признаку между сравниваемыми группами больных не выявлено ($p > 0,05$). Следует отметить, что у 78,8% больных 1-й группы и у 80,7% - 2-ой основное заболевание было осложнено различными формами гепатита ($p > 0,05$). Структура заболевания в основе ХПН: хронический гломерулонефрит – у 66,7% (I) и 74,2% (II); сахарный диабет, гломе-

рулосклероз – у 11,1% (I) и 9,7% (II); поликистоз почек – у 11,1% (I) и 16,1% (II); МКБ, хронический пиелонефрит – у 11,1% (I). Сравнение процентных долей с помощью коэффициента углового преобразования Фишера достоверных различий не выявило ($p > 0,05$). Отсутствие статистически достоверных отличий по вышеуказанным параметрам свидетельствует о качественной однородности соматического благополучия сравниваемых групп, что, однако, не исключает количественных различий выраженности показателей качества жизни.

Удовлетворенность различными аспектами качества жизни сравниваемых групп показана в табл.1.

Сравнение процентных долей основных показателей КЖ выявило достоверно большую удовлетворенность своим положением у пациентов 1 группы по психологической сфере ($p < 0,05$), уровню независимости ($p < 0,05$) и окружающей среде ($p < 0,01$) при отсутствии достоверных различий по другим сферам ($p > 0,05$). Таким образом, больные ХПН, находящиеся на лечении ГД и продолжающие работать, отличались от сравниваемого контингента лиц высокой

самооценкой, субъективно меньшей зависимостью от лекарств, лечения и лучшей способностью выполнять повседневные дела, работу. Вышеуказанная группа достаточно высоко оценивала свою физическую безопасность, защищенность, а также доступность и качество медицинской помощи. При этом следует отметить, что все больные, как в 1-ой, так и во 2-ой группе, получали один и тот же вид гемодиализа – экстракорпоральный с использованием отечественных аппаратов и центральной системы приготовления и

распределения диализного раствора. Обращает на себя внимание и оценка своего эмоционального состояния больными 1-ой группы, которые реже отмечали у себя ощущение грусти, тоски, уныния и чаще – положительные эмоции по сравнению с пациентами 2-ой группы. Полученные результаты позволяют предположить возможное участие психологического и психического компонентов в субъективной неудовлетворенности больных ХПН, находящихся на лечении ГД, своим самочувствием и физической активностью.

Таблица 1

Сравнительная характеристика удовлетворенности качеством жизни больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом

Компоненты качества жизни ВОЗ (КЖ-100)	I группа (n = 9)				II группа (n = 31)			
	удовл.		неудовл.		удовл.		неудовл.	
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	абс.	отн. %	абс.	отн. %
Физическая сфера	7	77,8	2	22,2	17	54,8	14	45,2
Психологическая сфера	8	88,9	1	11,1	16	51,6	15	48,4
Уровень независимости	8	88,9	1	11,1	15	48,4	16	51,6
Социальные взаимоотношения	8	88,9	1	11,1	21	67,7	10	32,3
Окружающая среда	9	100,0	-	-	15	48,4	16	51,6
Духовная сфера	7	77,8	2	22,2	15	48,4	16	51,6

С целью проверки данного предположения были определены средние значения показателей упомянутых методик (табл.2).

Сравнение средних показателей в группе больных, продолжающих работать, с показателями больных из группы неработающих по методике ВОЗ КЖ-100 обнаружило статистически достоверные различия по большинству шкал, за исключением шкалы физической сферы ($p > 0,05$). С достоверностью $p < 0,01$ по психологической сфере, окружающей среде и $p < 0,05$ по степени независимости, социальным взаимоотношениям и духовной сфере уровень качества жизни был ниже у неработающих больных. Полученные результаты свидетельствуют о том, что влияние соматического фактора на трудовую реабилитацию больных, находящихся на лечении гемодиализом, может опосредоваться рядом других факторов, в том числе, психологического и психического плана.

Проведенный корреляционный анализ основных показателей опросника качества жизни

ВОЗ с длительностью лечения гемодиализом выявил ее достоверную связь с физической сферой ($r = 0,407$; $p < 0,02$) у неработающих больных. Таким образом, лица данной группы по мере нарастания длительности их лечения ГД отмечали снижение жизненной активности, энергии, рост усталости, усиление внутреннего дискомфорта и т.д., чего не отмечали работающие больные. Это подтверждает высказанное нами ранее предположение об участии психического и психологического компонентов в субъективной неудовлетворенности самочувствием и физической активностью.

Сравнение средних показателей в группе больных, продолжающих работать, с показателями больных из группы неработающих по методике SF-36 также обнаружило статистически достоверные различия по большинству шкал, за исключением шкал ВР (физическая боль) и НТ (оценка самочувствия, по сравнению с предыдущим годом) - $p > 0,05$. Так, с достоверностью $p < 0,01$ ниже показатели РР (физического функ-

ционирования), SF (социального функционирования), RE (ролевой эмоциональной шкалы), MH (психического здоровья) и $p < 0,001$ - показатели RP (ролевой физической шкалы), GH (здоровья в целом), VP (жизнеспособности) у больных 2-ой группы. Как и следовало ожидать, результаты сравнительного анализа показателей методики SF-36 свидетельствуют о том, что практически все изученные параметры КЖ у больных 2-ой группы значительно хуже, чем у 1-ой. Больные ХПН, находящиеся на лечении ГД и неработающие, неудовлетворительно оценили свое здоровье в целом, физическую способность выполнять профессиональную работу. Свою жизненную активность вышеуказанная группа лиц охарактеризовала как резко сниженную. Они отмечали у себя чрезмерную утомляемость, снижение жизненной энергии, общую слабость. В несколько меньшей степени снижены, по срав-

нению с больными 1-ой группы, показатели по шкалам физического и социального функционирования, что свидетельствует о большей неудовлетворенности данных лиц своим соматическим состоянием, а также взаимоотношениями в семье и с другими людьми. Обращают на себя внимание и различия по шкалам RE (ролевой эмоциональной шкалы) и MH (психического здоровья) методики SF-36 между сравниваемыми группами. Больные 2-ой группы достоверно чаще отмечали у себя раздражительность, нервозность, снижение настроения, чувство беспокойства. Они в меньшей степени были удовлетворены своим сном, отмечали, что соматические нарушения достаточно сильно влияли на их эмоциональное, душевное состояние, и возникающие вследствие этого эмоциональные переживания в значительной мере мешали им выполнять повседневную работу.

Таблица 2

Средние значения показателей опросников качества жизни ВОЗ и SF-36

Показатели опросников		1 группа		2 группа	
		М	m	М	m
КЖ –100 (ВОЗ)	Физическая сфера	31,9	3,08	37,9	1,24
	Психологическая сфера	48,2	2,87	58,8	1,99
	Уровень независимости	42,7	3,34	55,0	1,84
	Социальные взаимоотношения	23,2	1,27	27,2	1,14
	Окружающая среда	69,6	4,08	85,9	2,83
	Духовная сфера	9,22	0,57	11,0	0,35
SF-36	PF	56,7	5,35	39,0	3,19
	RP	62,2	4,8	40,0	4,13
	BP	64,4	6,48	55,2	3,62
	GH	50,0	3,82	29,0	2,75
	VP	62,2	4,09	42,3	2,91
	SF	72,7	5,47	52,4	4,1
	RE	62,8	2,65	51,9	3,15
	MH	68,9	6,76	52,1	3,41
	HT	24,4	8,01	12,9	2,71

Примечание: М – средняя; m – ошибка средней.

Таким образом, больные ХПН, получающие лечение ГД и неработающие, отмечали у себя не только снижение способности к выполнению различных видов деятельности, связанной с физическими нарушениями, но и значительное участие эмоциональных проблем в ограничении их жизнедеятельности. Проведенный дополнительно корреляционный анализ показателей по

шкалам RE и MH с показателями остальных шкал методики SF-36 выявил отсутствие достоверной связи между эмоциональными проблемами, психическим здоровьем и ограничением повседневной деятельности у первой группы больных ($p > 0,05$). Вместе с тем, во второй группе выявлена достоверная корреляция RE (ролевой эмоциональной шкалы) со следующими шкалами выше-

упомянутой методики: PF – физическим функционированием ($r=0,405$; $p<0,02$); RP - ролевой физической шкалой ($r= 0,477$; $p<0,01$); BP - физической болью ($r = 0,777$; $p<0,0001$); GH -здоровьем в целом ($r=0,467$; $p<0,01$); VP - жизнеспособностью ($r=0,567$; $p<0,001$); SF - социальным функционированием ($r=0,483$; $p<0,01$). Также установлены существенные связи шкалы МН (психическое здоровье) у пациентов 2-ой группы со шкалами PF ($r=0,618$; $p<0,0001$); RP ($r=0,593$; $p<0,001$); BP ($r=0,782$; $p<0,0001$); GH ($r=0,599$;

$p<0,001$); VP ($r=0,71$; $p<0,0001$); SF ($r=0,531$; $p<0,003$); HT ($r=0,415$; $p<0,02$).

Установленные положительные корреляционные связи у больных 2-ой группы, наряду с отсутствием таковых у пациентов 1-ой, свидетельствуют о необходимости включения в лечебно-реабилитационную программу для данных лиц методов коррекции психического состояния, что позволит повысить уровень их социального функционирования и обеспечит ощущение полноценности жизни.

С.Г. Пирков, О.М. Виговська, І.І. Деменкова, Р.О. Грачов

ДО ПИТАННЯ ПРО ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, трансплантаційний центр ДОКТМО

Досліджена якість життя 40 хворих ХНН, що знаходяться на лікуванні гемодіалізом, за допомогою опитувальника якості життя ВООЗ. Отримані дані свідчать про те, що якість життя даної групи осіб визначається не тільки їх соматичним станом, але і у значній ступіні обумовлені впливом психологічних чинників. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 34-38)

S.G. Pyrkov, E.M. Vigovskaya, I.I. Demenkova, R.A. Grachov

TO A PROBLEM ON A QUALITY OF LIFE BY ILL CHRONIC RENAL FAILURE LOCATED ON TREATMENT BY A HAEMODIALYSIS

Donetsk State Medical University by M.Gorky, the transplantation center of DRCTMA

The quality of life for 40 ill with by chronic renal failure , located on treatment by a haemodialysis, with the help of a questionnaire a quality of life a CART is investigated. The obtained data testify that the quality of life of the given group of faces is determined not only their somatic condition, but also is largely conditioned by influencing of the psychologic factors. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 34-38)

Литература

1. Ahlman J. Quality of life of the dialysis patient in Replacement of renal function by dialysis // Kluwer Academic Publishers – Dordrecht,Boston,London, 1996. – P. 1466-1479.
2. Коц Я.И., Либиц Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. - № 5. – С. 66-72.
3. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Саввина Н.Н. Качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек на додиализном этапе лечения // Нефрология. – 1999. – Том 3, №3. – С. 57-61.
4. Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography. – Geneva, 1994.
5. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // Клиническая

медицина. – 1996. - №8. – С.29 –31.

6. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология. – 1999. - Т.3. - №1. – С.88-92.
7. Васильева И.А., Михеева Ю.С. Качество жизни больных, получающих лечение хроническим ацетатным гемодиализом // Нефрология. – 2001. - Т.5. - №2. – С.58-63.
8. Земченков А.Ю., Кондуров С.В., Гаврик С.Л. и др. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корректируемой заместительной терапией // Обзоры и лекции. – 2001. – С.1- 16.
9. Ware J.E., Snow R.R., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Status Survey Manual and Interpretation Guide. – Boston, 1993. – P.1 – 22.

Поступила в редакцию 24.09.03

УДК 616.89-08-039.76

*О.В. Синяченко, М.В. Ермолаева, А.А. Кривошей***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: системная красная волчанка, психосоматические расстройства

Поражение нервной системы имеется практически у всех больных СКВ, причем зачастую психопатологическая симптоматика является началом заболевания и выявляется задолго до полисиндромной клинической картины болезни [2, 3, 7, 9, 11]. Это касается как взрослых, так и детей [8, 14]. Клинические проявления психических расстройств при СКВ могут быть едва заметными и протекать в виде невротических реакций или резко выраженными, вызывающими неблагоприятный исход болезни [5, 12, 16].

Диагностика нейролюпуса исключительно трудна из-за маскировки его широким спектром психосоматических расстройств [1]. Нейропсихические нарушения выявляются у $3/4$ больных СКВ [4] и проявляются упорной головной болью, мигренью, астенией, наруше-

ниями сна, прогрессирующим снижением памяти, эмоциональной неустойчивостью [3, 6, 10, 17]. В детском возрасте отмечаются неадекватное поведение больных, фобии, психоз, истерия, анорексия [15]. Наибольшие изменения параметров психологического исследования личности больных СКВ наблюдаются по шкалам «ипохондрия» (75%), «шизофрения» (61%), «истерия» (53%), «депрессия» (53%), «психастения» (50%) [2]. Психометрические тесты свидетельствуют об интеллектуально-мнестических нарушениях практически у всех пациентов [13].

Целью данной работы была оценка психологического профиля личности и психосоматических расстройств при СКВ и определение факторов, на них влияющих.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 113 больных СКВ в возрасте от 15 до 55 лет (в среднем $34,4 \pm 1,17$ лет), среди которых было 8 (7,1%) мужчин и 105 (92,9%) женщин. Средний возраст мужчин составил $29,0 \pm 3,98$ лет, а женщин – $34,8 \pm 1,22$ лет ($S=1,39$, $p=0,164$; $F=1,23$, $p=0,422$), длительность заболевания в этих группах – соответственно $3,1 \pm 0,64$ лет и $7,0 \pm 0,61$ лет ($S=4,47$, $p<0,001$; $F=11,8$, $p=0,002$). Острого течения СКВ у мужчин не отмечено, тогда как подострое и хроническое установлены соответственно в 37,5% и 62,5% случаев. У женщин перечисленный характер течения заболевания констатирован в 4,8%, 33,3% и 61,9% наблюдений. I, II и III степени активности СКВ имели место соответственно у 25,0%, 37,5% и 37,5% мужчин, 32,4%, 34,3% и 33,3% женщин. В целом, представители разного пола практически не отличались между собой по возрастным группам ($\chi^2=1,41$, $p=0,494$), продолжительности патологического процесса ($\chi^2=3,26$, $p=0,196$), течению ($\chi^2=0,42$, $p=0,811$) и степени активности заболевания ($\chi^2=0,19$, $p=0,910$).

У 90,3% больных наблюдались артрит или артралгии, у 85,0% — миокардит, у 74,3% — гломерулонефрит, у 69,9% — лихорадка, у 62,8% — поражение кожи и слизистых, у 50,4% — миозит или миалгии, у 47,8% — эндокардит или поражение клапанов сердца, у 44,3% — алопеция, у 37,2% — пневмонит, у 34,5% — лимфаденопатия, у 34,5% — перикардит, у 33,6% — гепатомегалия, у 31,9% — плеврит, у 23,0% — спленомегалия. У 81,9% женщин и 25,0% мужчин диагностировано поражение центральной нервной системы ($\chi^2=14,0$, $p<0,001$), соответственно у 38,1% и 25,0% — периферической ($\chi^2=0,55$, $p=0,460$). В 27,4% наблюдений констатирована хроническая почечная недостаточность (I степени – в 22,1%, II – в 2,7%, III – в 2,7%), причем мужчины и женщины не отличались по частоте развития снижения функций почек ($\chi^2=1,08$, $p=0,781$). Это же касалось и лабораторных показателей, среди которых лейкопения отмечена у 33,6% пациентов, анемия – у 78,8%, тромбоцитопения – у 15,9%, гипер-г-глобулине-

мия – у 91,2%; LE-клетки в периферической крови выявлены в 67,3% наблюдений, антитела к нативной ДНК – в 86,7%.

Нами изучены психологические особенности личности больных СКВ с помощью шкал «невротической триады», заимствованных из Миннесотского анкетного теста многостороннего исследования личности (ММПИ). 1-я шкала соответствовала ипохондрии, 2-я – депрессии, 3-я – конверсионной истерии.

Результаты исследования и их обсуждение

Неврологические расстройства у 88 больных с нейролюпусом проявлялись упорной головной болью (88,6% наблюдений), головокружениями (31,8%), шумом в голове (11,4%), судорожным синдромом (9,1%), невралгией зрительного нерва (6,8%), вегетососудистыми атаками (22,7%), тремором рук (10,2%), обмороками (3,4%), повышением (70,5%) или снижением (15,9%) сухожильных рефлексов, кожной гиперестезией (13,6%), болезненностью нервных стволов (2,3%). Поражение центральной и периферической нервной системы оказывало влияние на другие клинические признаки СКВ (соответственно $W=0,076$, $R=2,928$, $p<0,001$ и $W=0,238$, $R=2,966$, $p<0,001$), в том числе на висцеральные (соответственно $W=0,193$, $R=2,976$, $p<0,001$ и $W=0,455$, $R=2,447$, $p<0,001$) и невисцеральные (соответственно $W=0,400$, $R=2,880$, $p<0,001$ и $W=0,701$, $R=1,956$, $p=0,009$).

У 5,7% больных с нейролюпусом констатированы психотические расстройства (у 3,4% — бред, у 2,3% — галлюцинации), у 71,6% — невротические (у 35,2% — раздражительность, у 45,5% — бессонница), у 35,2% — эмоциональные (у 34,1% — депрессия, у 4,6% — эйфория), у 47,7% — познавательные (нарушения памяти), у 6,8% — психосоматические (у 4,6% — психогенная гиперестезия, у 3,4% — психогенная головная боль, у 2,3% — тимопатические головокружения).

Психогенная гиперестезия способна была преобразовать все симптомы СКВ. Чрезвычайная интенсивность субъективного чувства в ответ на минимальные раздражители или нормальные интерорецептивные ощущения, а также устойчивость их в клинической картине делали больных «болевыми гиперпатами». Одним из проявлений общей гиперестезии чувствительности становилась диффузная или локальная кожная гиперестезия, которая сочеталась со спонтанными болезненными ощущениями в коже, достигающими степени острых миалгий. При СКВ мы не наблюдали понижения тактильной и болевой чувствительности, тем более появления зон анестезии.

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютера (пакеты лицензионных программ «Microsoft Excel», «Stadia.6.1/prof» и «Statistica»). Оценивали средние значения (M), их ошибку (m), критерии Стьюдента (S), Фишера (F), корреляции (r), Хи-квадрат (χ^2), Вилкоксона (W), Рао (R) и Крускала-Уоллиса (KW), достоверность показателей (p).

Кожная гипестезия вызывала жалобы на похолодание тыльных поверхностей кистей и стоп.

Объектом ипохондрической фиксации являлся шум в голове, делающий более явственным характерный для сенестезической головной боли лабиринтный компонент. Провоцирующее значение имели любые дополнительные инструментальные исследования, определяющие объект ипохондрической фиксации пациентов. Отмечались преходящая слуховая гиперестезия с картиной раздражительной слабости или депрессивное состояние с жалобами на «ухудшение слуха», а также аффективные расстройства со «снижением зрения и повышенной утомляемостью глаз при чтении».

Постоянная и часто усиливающая головная боль в утренние и вечерние часы относилась к проявлениям невротических и псевдоневротических состояний. У одной больной (1,1%) наблюдалось чередование мигреноподобной боли с аффективными приступами. В трех случаях (3,4%) к разряду маскированных депрессий относились варианты диффузной головной боли при истероипохондрических расстройствах. При артериальной гипертензии у 5 больных (5,7%) с люпус-нефритом регистрировали простые (несистемные) головокружения, усиливающиеся во время умственного перенапряжения. Головокружения и обморочные состояния выступали в качестве наиболее яркого клинического проявления общей психической гиперестезии и при отсутствии болезненных и других неприятных ощущений. В отличие от системных головокружений, обусловленных органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС), больные не испытывали тошноты, ощущения вращения или смещения окружающей обстановки.

Психологический профиль личности больных СКВ представлен в табл. 1. Все параметры имели высокодостоверные отличия от таковых у здоровых людей. При исследовании психологических особенностей пациентов оказалось, что расстройства тревожного ряда встречались в 4,7

раза чаще, чем тревожно-депрессивные состояния. Нужно подчеркнуть, что по данным М.М.Ивановой [2001], наибольшие изменения теста ММРІ при СКВ наблюдаются по шкалам «ипохондрия» (75%), «шизофрения» (61%), «истерия» (53%), «депрессия» (53%), «психастения» (50%). На психологический профиль личности оказывал влияние пол больных ($W=0,923$, $R=3,035$, $p=0,032$), но не их возраст, длительность заболе-

вания, характер течения и степень активности патологического процесса. Ипохондрия зависела от характера течения и степени активности СКВ (соответственно $KW=8,07$, $p=0,018$ и $KW=7,65$, $p=0,022$). Необходимо отметить, что выраженность ипохондрии прямо коррелировала с активностью заболевания ($r=+0,237$, $p=0,011$), а подобная связь в отношении депрессии и конверсионной истерии отсутствовала.

Таблица 1

**Психологический профиль личности больных СКВ и здоровых людей
($M \pm m$, баллы)**

Психологический профиль личности	Группы обследованных		Статистические отличия у больных и здоровых			
	больные	здоровые	S	p S	F	p F
Ипохондрия	69,1±0,85	50,9±0,42	19,3	<0,001	14,2	<0,001
Депрессия	63,5±0,79	44,1±0,41	22,0	<0,001	13,0	<0,001
Истерия	55,4±0,32	47,1±0,60	12,3	<0,001	1,01	0,486

На психологический профиль личности больных СКВ влияли лихорадочный и суставной синдромы (соответственно $W=0,853$, $R=2,340$, $p=0,034$ и $W=0,766$, $R=2,104$, $p=0,032$), наличие алопеции ($W=0,823$, $R=2,696$, $p=0,016$), эндокардита или изменений клапанов сердца ($W=0,802$, $R=2,681$, $p=0,017$), а также поражения ЦНС ($W=0,684$, $R=1,994$, $p=0,007$). Последнее оказывало влияние на ипохондрию и депрессию (соответственно $KW=7,52$, $p=0,006$ и $KW=5,98$, $p=0,014$), но не на конверсионную истерию. Отметим, что повышение температуры тела, артрит (артралгии) и алопеция оказывали влияние лишь на развитие ипохондрии (соответственно $KW=9,22$, $p=0,002$; $KW=4,16$, $p=0,041$; $KW=7,68$, $p=0,006$), а поражение эндокарда и клапанного аппарата сердца мало воздействовало на развитие ипохондрии, депрессии и конверсионной истерии.

Тяжесть изменений ЦНС положительно коррелировала со степенью ипохондрии ($r=+0,447$, $p<0,001$) и депрессии ($r=+0,232$, $p=0,013$), а вегетативной – только с ипохондрией ($r=+0,206$, $p=0,045$). Состояние ипохондрии имело прямую связь с уровнем лихорадки ($r=+0,300$, $p=0,002$), тяжестью алопеции ($r=0,308$, $p=0,001$), лимфаденопатии ($r=+0,211$, $p=0,023$), миокардита ($r=+0,257$, $p=0,006$) и эндокардита ($r=+0,370$, $p<0,001$), а депрессии – с алопецией ($r=+0,194$, $p=0,040$), что отражено в табл. 2. Нужно подчеркнуть, что плеврит имел обратную взаимосвязь

с выраженностью ипохондрии ($r=-0,199$, $p=0,033$), хотя влияние воспаления плевры на этот психологический профиль личности, а также депрессию и конверсионную истерию отсутствовало. Снижение функции почек никак не отражалось на психологическом профиле личности больных СКВ, причем это касалось и ипохондрии, и депрессии, и конверсионной истерии. Выраженность этих состояний со степенью почечной недостаточности не коррелировала.

Большое прямое влияние на психологический профиль личности оказывало наличие у больных СКВ антифосфолипидного синдрома ($W=0,812$, $R=8,408$, $p<0,001$), хотя это касается лишь признаков ипохондрии ($KW=12,5$, $p<0,001$; $r=+0,397$, $p<0,001$), а не депрессии и конверсионной истерии. Следовательно, антифосфолипидный синдром вызывает не только неврологические расстройства (как правило, церебральные сосудистые), но и невротические.

Ипохондрия при СКВ усугубляет тяжесть психосоматических расстройств, которую мы оценивали по сумме выраженности имеющихся признаков, определяемой по 4-х-балльной системе (от 0 до 3). Отмечены не только отчетливое влияние ипохондрического варианта профиля личности на психосоматические проявления заболевания ($KW=8,77$, $p=0,012$), но и прямая корреляционная связь между тяжестью этих признаков ($r=+0,315$, $p=0,001$). Выраженность психосоматических расстройств также

была взаимосвязанной с конверсионной истерией ($r=+0,255$, $p=0,006$). Депрессивный синдром на степень психосоматических расстройств не влиял.

Уровень психосоматических расстройств прямо коррелировал с тяжестью поражения ЦНС и периферической нервной системы (соответственно $r=+0,601$, $p<0,001$ и $r=+0,271$, $p=0,004$), антифосфолипидного и суставного синдромов

(соответственно $r=+0,206$, $p=0,027$ и $r=+0,245$, $p=0,010$), изменений миокарда, эндокарда и перикарда (соответственно $r=+0,453$, $p<0,001$; $r=+0,318$, $p=0,001$; $r=+0,218$, $p=0,019$). Эти данные представлены на рисунке 1. Можно считать, что выраженный артрит, алопеция и люпус-панкардит относятся к прогнознегативным признакам в отношении развития психосоматических нарушений.

Таблица 2

Корреляционные связи выраженности отдельных психологических профилей личности больных СКВ с другими клиническими признаками заболевания

	Психологический профиль личности					
	ипохондрия		депрессия		конверсионная истерия	
	г	р	г	р	г	р
1	+0,300	0,002	+0,055	0,568	-0,067	0,511
2	+0,133	0,155	+0,032	0,737	-0,072	0,544
3	+0,031	0,744	-0,090	0,652	-0,152	0,105
4	+0,079	0,590	+0,022	0,813	+0,019	0,836
5	+0,308	0,001	+0,194	0,040	+0,037	0,707
6	+0,211	0,023	+0,086	0,631	-0,057	0,557
7	-0,031	0,744	+0,064	0,509	-0,011	0,901
8	+0,257	0,006	+0,051	0,600	-0,095	0,316
9	+0,370	<0,001	+0,006	0,952	+0,063	0,514
10	+0,004	0,966	+0,176	0,059	-0,114	0,229
11	-0,117	0,215	-0,092	0,668	-0,129	0,169
12	-0,199	0,033	-0,001	0,989	-0,181	0,052
13	-0,159	0,088	-0,037	0,703	+0,010	0,910
14	-0,136	0,146	+0,075	0,565	-0,033	0,731
15	+0,447	<0,001	+0,232	0,013	+0,116	0,218
16	+0,162	0,083	+0,060	0,536	+0,059	0,539

Примечание (здесь и в рисунке). 1 – лихорадка, 2 – артрит или артралгии, 3 – миозит или миалгии, 4 – поражение кожи и слизистых оболочек, 5 – алопеция, 6 – лимфаденопатия, 7 – гломерулонефрит, 8 – миокардит, 9 – эндокардит, 10 – перикардит, 11 – пневмонит, 12 – плеврит, 13 – гепатомегалия, 14 – спленомегалия, 15 – поражение центральной нервной системы, 16 – поражение периферической нервной системы.

Тяжесть психосоматических расстройств не зависела от титров антител к нативной ДНК. Учитывая связь психосоматических нарушений с антифосфолипидным синдромом мы провели анализ корреляционных сопоставлений с иммуноглобулин-Г-антителами к кардиолипину (а-КЛ), Е- и Р-селектином. Оказалось, что а-КЛ и Р-селектин имели прямую взаимо-

зависимость с психосоматическими расстройствами (соответственно $r=+0,404$, $p<0,001$ и $r=+0,541$, $p<0,001$), а Е-селектин – обратную ($r=-0,377$, $p<0,001$).

Нами не выявлено корреляционных связей тяжести психосоматических расстройств с возрастом больных, длительностью заболевания и степенью активности патологического процес-

са, показателями квадратического вегетативного индекса Кердо, уровнем среднего артериального давления, функциональным состоянием почек (по данным клиренса креатинина), содержанием неорганических электролитов в крови (калия, натрия, кальция, магния, хлора, фосфора), концентрацией общих липидов, холесте-

на, фосфолипидов, липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности, а также с динамическим поверхностным натяжением при временах существования поверхности, равных 0,01 сек, 1 сек и 100 сек. Между тем отмечена прямая зависимость с уровнем триглицеридемии $r=+0,216$, $p=0,047$).

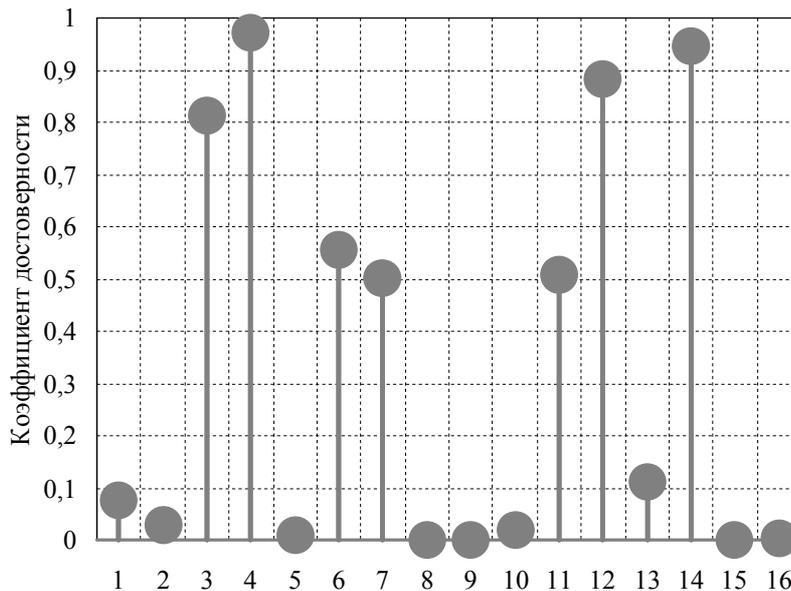


Рис.1. Достоверность корреляционных связей между тяжестью психосоматических расстройств и другими клиническими признаками СКВ

Таким образом, у больных с нейролюпусом наблюдаются психотические (бред, галлюцинации), невротические (раздражительность, бессонница), эмоциональные (депрессия, эйфория), познавательные (нарушения памяти) и психосоматические расстройства (психогенная гиперестезия и головная боль, тимопатические головокружения). На психологический профиль личности больных СКВ оказывают влияние пол пациентов, лихорадочный, суставной и антифосфолипидный синдромы, наличие алопеции, эндокардита или изменений клапанов сердца, а также поражение ЦНС, которое влияет на ипохондрию и депрессию,

но не на конверсионную истерию. Отмечается отчетливое влияние ипохондрического варианта профиля личности на тяжесть психосоматических проявлений заболевания, что коррелирует с выраженностью поражения центральной и периферической нервной системы, антифосфолипидного синдрома, артрита и кардита, уровнями в крови триглицеридов, Е-селектина, Р-селектина и антител к кардиолипину. Психосоматические аспекты СКВ составляют существенную часть ее клинко-патогенетической характеристики, а в комплексное лечение больных следует включать современные психотерапевтические воздействия.

О.В. Сняченко, М.В. Єрмолаєва, А.А. Кривоший

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПОСТАТІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

У хворих на нейролюпус спостерігаються психічні, невротичні, емоційні, пізнавальні та психосоматичні розлади. На психологічний профіль постаті хворих на системний червоний вовчак чинять вплив стать пацієнтів, лихоманковий, суглобовий і антифосфоліпідний синдроми, наявність алопеції, ендокартиту або змін клапанів серця, а також ураження центральної нервової системи, яке впливає на іпохондрию та депресію, але не на конверсійну істерію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 39-44)

**PSYCHOLOGICAL PERSONALITY PROFILE AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS
IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Donetsk State Medical University

Patients with neurolupus are noted to have mental, neurotic, emotional, cognitive and psychosomatic disorders. The psychological profile of patients with systemic lupus erythematosus is affected by the patient's gender, febrile, articular and antiphospholipid syndromes, the presence of alopecia, endocarditis or changes in the heart valves as well as nervous system impairment which affect rather hypochondria and depression than conversion hysteria. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 39-44)

Литература

1. Иванова М.М., Близинок О.И., Щекутьев Г.А., Пушкова О.В. Диагностика поражения центральной нервной системы у больных системной красной волчанкой // *Клин. ревматол.*-1991.-№4.-С.6-8.
2. Иванова М.М. ЦНС-люпус: проблемы и достижения (результаты 10-летнего клинико-инструментального исследования) // *Тер. арх.*-2001.-Т.73, №5.-С.25-29.
3. Свиницкий А.С. Системная красная волчанка: особенности клинической симптоматики // *Doctor.*-2002.-№1.-С.22-26.
4. Appenzeller S., Costallat L.T. Cognitive impairment related to systemic lupus erythematosus // *Ann. Rheumat. Dis.*-2001.-Vol.60, Suppl.1.-P.175-176.
5. Bluestein H.G. The central nervous system in erythematosus: systemic lupus erythematosus / Ed. R.G.Lahita.-NY: Crurchill Livingstone, 1992.-639-655.
6. Bruyin G.A.W. Controversies in lupus: nervous system involvement // *Ann. Rheum. Dis.*-1995.-Vol.54.-P.159-167.
7. Calabrese L.V., Stern T.A. Neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus // *Psychosomatics.*-1995.-Vol.36.-P.344-359.
8. Chacon J., Garcia-Moreno J.M., Valencia J., Redondo L., Alegre S., Castro A., Perez G. Parkinson disease of juvenile onset with systemic lupus erythematosus in a pre-symptomatic stage // *Rev. Neurol.*-1999.-Vol.29, N8.-P.725-727.
9. Costallat L.T., Bertolo M.B., Appenzeller S. The applicability of the american college of rheumatology nomenclature and case definition for neuropsychiatric lupus syndromes: analysis of 527 patients // *Ann. Rheumat. Dis.*-2001.-Vol.60, Suppl.1.-P.175-176.
10. Denburg S.D., Carbotte R.M., Denburg J.A. Psychological aspects of systemic lupus erythematosus: cognitive function, mood and self-report // *J. Rheumatol.*-1997.-Vol.24.-P.998-1003.
11. Isenberg D.A., Liang M.H. CNS-lupus – where do we go from here? // *Lupus.*-1999.-Vol.1.-P.1-3.
12. Kelley W. (Eds.) Textbook of rheumatology.-London: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.-1028-1039.
13. Sabbadini M.G., Manfredi A.A., Bozzolo E. et al. Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus patient without overt neuropsychiatric manifestations // *Lupus.*-1999.-Vol.8.-P.11-19.
14. Schor N.F. Neurology of systemic autoimmune disorders: a pediatric perspective // *Sem. Pediatr. Neurol.*-2000.-Vol.7, N2.-P.108-117.
15. Shpitonkova O.V., Podchemyaeva N.S., Riabova T.V. Neuropsychiatric disorders in children with systemic lupus erythematosus // *Ann. Rheumat. Dis.*-2001.-Vol.60, Suppl.1.-P.181.
16. Wallance D.J., Metzher A.L. Systemic lupus erythematosus and the nervous system / In: Dubois lupus erythematosus / Ed. D.J.Wallance, B.Hanh.-Philadelphia: Lea & Febiger, 1993.-P.37-85.
17. West S.G. Neuropsychiatric lupus // *Rheum. Dis. Clin. North Am.*-1994.-Vol.20.-P.129-158.

Поступила в редакцию 28.06.03

В.Л. Олефиренко, В.Ю. Омелянович

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ В СИСТЕМЕ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Отдел охраны здоровья УВВД Украины в Донецкой области, Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, экстремальные ситуации, психопрофилактика, профессиональный отбор

Работа оперативных сотрудников органов внутренних дел сопряжена с исполнением служебных обязанностей в условиях, требующих высокого уровня психического и физического напряжения, адекватного реагирования в быстро меняющейся обстановке, нередко представляющей опасность для жизни. Риск заболевания пограничными психическими расстройствами среди них значительно больший, нежели у представителей других небезопасных профессий [21]. Психолого-психиатрический отбор кандидатов на такую службу требует качественного исследования и прогнозирования эффективности адаптационных возможностей личности в условиях воздействия экстремальных стрессовых факторов. Следует отметить, что к исследованию проблемы изучения роли тех или иных характе-

рологических особенностей, как «факторов риска» в патогенезе ПТСР, обращались многие авторы [7, 8, 11, 12, 22, 23, 27], однако исследования проводились после пребывания пациентов в экстремальной ситуации, что неизбежно приводило к использованию лишь косвенных, а порой и недостаточно стандартизированных данных о преморбидных личностных особенностях больных посттравматическим стрессовым расстройством [28]. Данное положение в совокупности со спецификой службы в ОВД (напряженный ритм работы, вовлеченность в сложные, зачастую связанные с негативными эмоциями, интраперсональные взаимоотношения, высокая степень риска воздействия сверхсильных стрессовых факторов) обуславливают актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследования

В работе использованы результаты обследования 363 оперативных сотрудников органов и подразделений внутренних дел, из которых 263 человека побывали в экстремальных ситуациях. Так как обследование проводилось спустя не менее нескольких недель после воздействия экстремальных стрессоров (свидетельство гибели товарища, применение табельного оружия на поражение, ранение от рук преступника и т.д.), основной исследуемой группой были лица с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) — 45 человек (17,1 % лиц, побывавших в экстремальной ситуации). Кроме того, из числа сотрудников ОВД, побывавших в экстремальной ситуации, была выделена группа лиц, у которых определялись отдельные симптомы ПТСР, однако психосимптоматика характеризовалась

фрагментарностью, аморфностью, недостаточной выраженностью и, с позиций клинико-динамического подхода к изучению психических расстройств так называемого «невротического регистра» [1-2, 13-17], была отнесена к постстрессовым расстройствам доклинического уровня (ПСРД) — 66 человек (25,1% лиц, побывавших в экстремальной ситуации). 3 группа (152 человека — 56,8 % лиц, побывавших в экстремальной ситуации) — лица, побывавшие в экстремальной ситуации, которым в результате обследования был выставлен диагноз: Без психических расстройств (группа БПР).

Контрольная группа (КГ) была составлена методом случайного выбора и состояла из 100 оперативных сотрудников подразделений УМВД, которые в процессе своей служебной

деятельности не подвергались воздействию экстремальных психогенных факторов.

С целью выявления преморбидных личностных особенностей, способных сыграть негативную или позитивную роль в процессе постстрессовой адаптации была использована, хорошо зарекомендовавшая себя в общей и судебной психиатрии, психологии, при отборе спецконтингентов в авиационной и космической медицине [4-6, 9, 19], а так же в исследованиях, посвященных проблеме посттравматического стрессового расстройства [24-26], методика многоосевого исследования личности (ММПИ) [3] (обследование проводилось до пребывания в экстремаль-

ной ситуации) и личностный (семантический) дифференциал (ЛСД), разработанный Ленинградским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева [9].

Для выявления закономерностей между личностными особенностями пациентов и степенью психопатологических последствий пребывания в экстремальной ситуации, объективизации исследования и определения уровня статистической значимости полученных результатов были использованы параметрические методы математической статистики (однофакторный дисперсионный анализ Фишера (ANOVA) и корреляционный анализ Пирсона) [18].

Результаты исследований и их обсуждение

Кроме широко используемых методов вторичной психопрофилактической работы посттравматических стрессовых расстройств (диагностика на ранних этапах развития патологического процесса), принимая во внимание специфичность контингента и рассматриваемой патологии, на наш взгляд следует особое внимание уделить разработке подходов первичной профилактики посттравматических стрессовых расстройств, заключающихся в комплексе мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья, предупреждение возникновения психических заболеваний.

С учетом того, что пребывание в экстремальной ситуации может вызвать психопатологическое состояние у любого человека, а исключение возможности получения травматического опыта невозможно, т.к. работа в органах внутренних дел так или иначе связана с потенциальным риском пребывания в экстремальной ситуации, единственно возможными путями снижения вероятности возникновения постстрессовых расстройств, в рамках первичной психопрофилактики, являются:

1) специализированный личностно-ориентированный профессиональный отбор на должности сотрудников ОВД лиц, с адаптивными формами реагирования на воздействие экстремальных психотравмирующих факторов;

2) психологическое тренинговое закрепление и развитие адаптивных форм поведения в собственных для службы в ОВД экстремальных ситуациях.

Для решения данных задач, необходимо определить какие именно личностные факторы являются желаемыми в плане профилактики постстрессовых расстройств, а какие, напротив, следует рас-

сматривать как прединспирующие, условно патогенные. Результаты теста ММПИ, с использованием которого проводилось обследование на момент приема на службу как лиц, в последствии побывавших в экстремальной ситуации, так и сотрудников, составивших контрольную группу, могут дать нам именно эту информацию.

Для выявления личностных условно-патогенных факторов, способствующих развитию постстрессовых расстройств, или, иными словами, затрудняющих нормальное функционирование защитных психологических механизмов, следует, на наш взгляд, рассмотреть отличия между характерологическими особенностями сотрудников ОВД, составивших группы ПТСР, ПСРД (лица, у которых, в той или иной степени, наблюдались психопатологические последствия пребывания в экстремальной ситуации, т.е. барьер психической защиты был, в большей или меньшей степени, поврежден) и БПР (лица, у которых после воздействия схожих с представителями вышеуказанных групп психотравмирующих факторов, адаптационные психологические резервы оказались адекватными травматическому опыту). При сравнении показателей шкал ММПИ (таб. 1) статистически значимые отличия между группами. ПТСР и БПР (на момент приема на службу) имели место между показателями шкал: 1 — соматизации тревоги ($p < 0,00001$), 7 — психастении ($p < 0,00001$), 8 — аутизации ($p < 0,00001$), 5 — мужественности/женственности ($p = 0,0006$), 6 — ригидности аффекта ($p = 0,03$), 0 — социальной интраверсии ($p < 0,00001$), F — аггравации ($p = 0,006$) и К — самооценки ($p = 0,008$), причем во всех случаях, кроме шкалы самооценки, более высокие показатели отмечались в группе ПТСР.

**Результаты анализа (ANOVA) показателей теста ММРІ сотрудников ОВД
до пребывания в экстремальной ситуации**

шкалы	Среднее				P				
	ПТСР	ПСРД	БПР	КГ	ПТСР-ПСРД	ПТСР-БПР	ПТСР-КГ	ПСРД-БПР	БПР-КГ
L	43,16	49,27	45,26	49,08	0,005919	0,215057	0,001221	0,017013	0,005563
F	46,56	42,42	43,01	48,17	0,011406	0,005839	0,328203	0,620936	5,42E-06
K	48,76	52,35	52,74	51,53	0,055438	0,007955	0,103472	0,783698	0,328906
1	54,13	49,97	46,26	49,38	0,17965	5,63E-06	0,02183	0,027502	0,005495
2	44,09	47,86	42,36	49,96	0,034734	0,267585	0,000161	0,000153	8,24E-10
3	47,51	44,64	47,72	49,55	0,024073	0,840874	0,141762	0,001017	0,043893
4	50,22	47,89	50,79	53,56	0,285398	0,717011	0,064784	0,046101	0,020443
5	43,73	48,24	36,97	43,51	0,040903	0,000591	0,896044	7,25E-09	1,87E-05
6	43,33	40,12	40,02	45,64	0,034158	0,024947	0,220117	0,940443	4,11E-05
7	64,24	53,74	48,24	52,38	0,001116	7,81E-14	1,73E-07	0,006084	0,004345
8	61,09	42,09	46,17	49,94	1,15E-08	1,53E-09	3,68E-05	0,02731	0,015858
9	58,09	57,18	59,66	58,25	0,470209	0,244813	0,916831	0,038214	0,222337
0	45,36	44,05	36,35	48,37	0,554993	3,79E-08	0,64211	4,69E-08	0,000821

При сравнении групп ПТСР и ПСРД у представителей группы ПТСР так же имели место более высокие показатели по шкалам F ($p=0,01$), 6 ($p=0,03$), 7 ($p=0,001$) и 8 ($p<0,00001$). Кроме того, у представителей группы ПСРД отмечались более низкие значения шкалы 3-вытеснения факторов, вызывающих тревогу ($p=0,02$) и более высокие показатели шкал L ($p=0,006$), 2 ($p=0,04$) и 5 ($p=0,04$). В свою очередь, при сравнении групп ПСРД и БПР были выявлены статистически значимые ($p<0,0001$) отличия между показателями всех шкал, кроме L, F, K и 6 — ригидности аффекта. Значения 1, 2, 5, 7 и 0 шкал были большими у представителей группы ПСРД, а 3, 4, 8 и 9 шкал — в группе БПР.

Таким образом, как у пациентов с ПТСР, так и у лиц с ПСРД на момент приема на службу статистически более высокие значения, нежели у представителей группы БПР, имели показатели 1-й (соматизации тревоги), 5-й (мужественности/женственности), 7-й (фиксации тревоги), 8-й (аутизации) и 0-й (социальной интраверсии) шкал теста ММРІ. Характерологические особенности и склонность к определенным видам психологического реагирования, соответствующие выраженности показателей этих шкал следует, на наш взгляд, рассматривать как потенциально патогенные, способствующие возникновению постстрессовой психопатологической симптоматики.

Более высокие значения показателей 1-й шкалы у представителей групп ПТСР и ПСРД указывают на то, что к прединспонирующим личностным факторам в патогенезе постстрессовых расстройств следует относить склонность

к повышенному вниманию к процессам, происходящим в собственном организме, к желанию снискать сочувствие у окружающих, к пессимизму и повышенной устойчивости аффективно насыщенных переживаний, приводящей к длительной идеаторной переработке возникающих недомоганий. Характерологические особенности, способствующие развитию постстрессовых расстройств, заключаются также в повышенном внимании к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений, сентиментальности, сензитивности (более высокие показатели 5-й шкалы), а также застенчивости, нерешительности, склонности к болезненному самонаблюдению и озабоченности вопросами морали (более высокие показатели 7-й шкалы). Данные психологические особенности дополняются педантичностью, конформностью, замкнутостью и стремлением к избеганию конфликтов (0-я шкала) и, что особенно важно, ориентацией на внутренние критерии, приводящей к нарушению адекватного реагирования при поступлении «отрицательных сигналов» из вне (8-я шкала). Исходя из того факта, что у лиц, составивших группу БПР, после воздействия экстремальных психотравмирующих факторов, схожих с теми, которые воздействовали на представителей группы ПТСР, постстрессовое расстройство не развилось, а у лиц, составивших группу ПСРД, психопатологическая симптоматика давала возможность говорить только о доклинических, предболезненных состояниях, следует рассматривать представителей групп ПСРД и БПР, как лиц, обладающих, по всей видимости, большей выраженностью оп-

ределенных характерологических черт, позволившей наиболее адекватно реализовать процесс психологической адаптации после получения травматического опыта. Для выявления этих личностных черт следует, на наш взгляд, выявить отличия показателей шкал опросника ММРІ у представителей групп ПСРД, БПР и контрольной группы, представляющей собой срез общемилицейской выборки.

При сравнении показателей шкал ММРІ статистически значимые отличия между группами ПТСР и КГ (на момент приема на службу) определялись по шкалам L — лжи ($p=0,001$), шкале 1 — соматизации тревоги ($p=0,02$), 2 — депрессии ($p=0,0002$), 7 — психастении ($p<0,00001$) и 8 — аутизации ($p<0,00001$). При этом по 1, 7 и 8 шкалам у представителей группы ПТСР имели место более высокие значения, чем в КГ, а по шкалам L и 2 — более низкие.

При сравнении результатов ММРІ группы ПСРД и КГ статистически значимые отличия ($p<0,01$) имели место между показателями шкал F — аггравации, 3 — вытеснения факторов, вызывающих тревогу, 4 — психопатии, 6 — ригидности аффекта и 8 — аутизации (по всем шкалам большие значения отмечались у представителей группы ПСРД), а при сравнении группы БПР и КГ по всем шкалам, кроме К-самооценки и 9 — гипомании, значимо ($p<0,02$) большие показатели отмечались у представителей контрольной группы.

Таким образом, как у пациентов с ПСРД, так и у представителей группы БПР, в отличие от контрольной группы, на момент приема на службу имели место значимо более высокие значения по шкале реализации эмоционального напряжения в непосредственном поведении (4 шкала) и, напротив, значимо меньшие показатели шкал аггравации (шкала F), вытеснения факторов, вызывающих тревогу (3 шкала), фиксации тревоги (6 шкала) и шкалы аутизации (8 шкала). Характерологические особенности и склонность к определенным видам психологического реагирования, соответствующие выраженности показателей этих шкал, следует, на наш взгляд,

рассматривать как факторы, препятствующие нарушению барьера психологической защиты в экстремальных ситуациях.

К психологическим особенностям, увеличивающим адекватность психической защиты при воздействии экстремальных психотравмирующих факторов, следует отнести хорошую организацию активности, конструктивный взгляд на возникающие ситуации (шкала F), определенный скептицизм, критическое отношение к своему поведению и окружающей действительности (низкие показатели 3-й шкалы), общительность, некоторая поверхностность в межличностных контактах, напористость, даже определенное упрямство, храбрость (более высокие показатели 4-й шкалы), отсутствие аффективной ригидности, дружелюбие и отсутствие честолюбивых установок (более низкие показатели 6-й шкалы). Особое внимание следует уделить тому факту, что у лиц с достаточно развитой системой стрессовой адаптации имели место более низкие показатели 8-й шкалы (по сравнению с контрольной группой), в отличие от тех, у кого развились постстрессовые расстройства (более высокие показатели 8-й шкалы, в сравнении с группой БПР). Исходя из этого, можно предположить, что особую роль в процессе психологической защиты, при наличии травматического опыта, могут играть такие характерологические особенности, как уступчивость, подчиняемость, легкость вовлечения в межличностные контакты, консерватизм суждений, банальность системы представлений, тогда как остроумие, творческий потенциал, своеобразие суждений и гибкость ума могут сослужить сотрудникам ОВД плохую службу при возникновении экстремальных ситуаций.

Достаточно интересным, на наш взгляд, представляется исследование субъективного самосознания тех черт характера, которые выше рассматривались, как условно патогенные или, напротив, желаемые. Для выполнения этой задачи был проведен корреляционный анализ показателей методик ММРІ и ЛСД в рамках четырех обследуемых групп (таб. 2).

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа выделенных шкал методик ММРІ и ЛСД у пациентов с клинически выраженным ПТСР

Шкалы	1-О	1-С	1-А	7-О	7-С	7-А	8-О	8-С	8-А	0-О	0-С	0-А
r	-0,19	0,18	0,10	-0,28	0,16	0,06	-0,31	0,12	-0,12	0,22	-0,38	-0,02
p	3E-20	1E-24	1E-24	9E-25	1E-29	4E-29	7E-19	1E-22	5E-22	1E-21	8E-22	2E-23

Данный феномен позволяет, на наш взгляд, отнести к факторам риска развития клинически выраженных постстрессовых расстройств такую преморбидную особенность, как склонность оценивать личностную тревожность, мнительность, застенчивость, замкнутость и трудности в межличностных контактах в контексте собственной неполноценности, приводящей к неудовлетворенности самим собой, неуверенности и недостаточному самоконтролю. При анализе результатов ММРП и ЛСД лиц, у которых в дальнейшем, после пребывания в экстремальной ситуации, развилось постстрессовое расстройство доклинического уровня, также определялась статистически значимая отрицательная корреляция показателей 7-й, 8-й, 0-й шкал ММРП с одним из факторов ЛСД ($p < 0,01$; $r < -0,3$), однако в отличие от группы ПТСР, во всех трех случаях этим показателем выступал фактор силы.

Данное отличие следует, по всей видимости, объяснить тем, что представителями группы ПСРД описанные выше личностные особенности не воспринимались как снижающие уро-

вень собственной значимости, а, скорее всего, являлись отражением сознания подчиненного положения, недостатка независимости и самоуверенности, объективным предпосылками чего и являются характерологические черты, оцениваемые шкалами фиксации тревоги, аутизации и социальной интраверсии.

В пользу данного утверждения свидетельствует и тот факт, что у представителей группы ПСРД отмечается отрицательная корреляция ($p < 0,01$; $r = -0,5$) шкалы соматизации тревоги, шкалы вытеснения факторов, вызывающих тревогу и фактора силы ЛСД, указывающая на субъективную осознаваемую связь выраженности волевых качеств личности с решительностью и эмоциональной адекватностью, в решении психологических проблем (таб.3). Честолюбие, твердость, упрямство и ригидность аффекта интерпретировались в сознании представителей группы ПСРД в интровертные характеристики собственной личности (отрицательная корреляция 6-й шкалы и фактора активности: $p < 0,01$; $r = -0,3$).

Таблица 3

Результаты корреляционного анализа выделенных шкал ММРП и ЛСД групп ПСРД и БПР

Группы	ПСРД		БПР	
	Коррел. Пирсона	Р	Коррел. Пирсона	Р
1-О	0,04362	9E-27	0,0177	9E-88
1-С	-0,4848	3E-28	0,03158	8E-95
1-А	-0,166	1E-28	-0,0261	1E-101
3-О	0,12787	9E-43	0,02962	4E-105
3-С	-0,6366	5E-40	0,06725	2E-109
3-А	0,01653	2E-45	0,04078	1E-120
4-О	0,34147	2E-36	-0,0921	8E-89
4-С	-0,519	1E-33	-0,0522	3E-95
4-А	0,09618	3E-37	0,02685	3E-104
5-О	0,27497	1E-32	0,08346	1E-46
5-С	-0,1087	2E-34	0,16692	2E-61
5-А	0,10664	1E-34	-0,0649	5E-61
6-О	-0,2036	3E-30	-0,0455	2E-65
6-С	-0,0201	1E-36	0,04193	2E-77
6-А	-0,3049	2E-35	-0,1144	6E-81
7-О	-0,0361	4E-27	0,03412	2E-74
7-С	-0,4443	4E-29	0,00561	3E-82
7-А	-0,1206	1E-29	-0,0259	1E-86
8-О	-0,1055	8E-25	0,01016	3E-66
8-С	-0,5514	2E-27	0,08907	3E-77
8-А	-0,2365	8E-28	-0,0299	4E-79
0-О	-0,1208	4E-30	-0,0321	3E-62
0-С	-0,3252	6E-34	-0,0569	1E-72
0-А	-0,3772	5E-32	0,03222	2E-82

Характерно, что в положительной самооценке данной группы лиц особую роль играли также черты личности как конформность, приверженность правовым нормам, скрытность, следование иерархическим социальным установкам (отрицательная корреляция показателей 4-й шкалы ММРІ и фактора оценки: $p < 0,01$; $r = -0,3$).

В группе БПР ни по одной из шкал ММРІ, оценивающих, как указывалось выше, личностные особенности, благоприятно влияющие на сохранность барьера психологической защиты при воздействии экстремальных психотравмирующих факторов, статистически значимых корреляций с показателями факторов ЛСД выявлено не было ($r < 0,2$).

Таким образом, лица с высоким уровнем стрессоустойчивости (группа БПР) не используют в субъективной семантической самооценке те характерологические черты, которые могут сыграть положительную или отрицательную роль в постстрессовом адаптационном процессе, тогда как лица с низкой стрессоустойчивостью (группа ПТСР) осознавали эти личностные особенности и, более того, заниженность их самооценки во многом зависела от выраженности характерологических черт, представляющих потенциальный риск в рамках патогенеза посттравматического стрессового расстройства.

Таким образом, в результате проведенного исследования удалось выделить характерологические особенности, которые следует рассматривать как условно-патогенные или, напротив, благоприятные в плане эффективности процесса постстрессовой психической адаптации, профилактики посттравматических стрессовых расстройств. С учетом того, что оперативная рабо-

та в органах внутренних дел связана с высоким риском возникновения экстремальных ситуаций, представляется целесообразным использование выявленных особенностей в процессе профессионального медико-психологического отбора, а так же при разработке специфических тренинговых программ, направленных на формирование у сотрудников ОВД адаптивных форм поведения в условиях повышенного риска воздействия экстремальных психотравмирующих факторов.

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что исследование проводилось с целью разработки первичных психопрофилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ПТСР, т.е. патологии, возникающей в результате воздействия стрессоров «исключительно угрожающего или катастрофического характера» [10] и авторы считают своим долгом предостеречь практикующих психологов и врачей-психиатров от механического переноса полученных данных в поле профилактики всех невротических и связанных со стрессом психических расстройств или принятия выявленных характерологических особенностей как единственно желаемых при проведении профессионального отбора на должности оперативных сотрудников органов внутренних дел. Для разработки такой, на наш взгляд, крайне актуальной и сложной проблемы, как личностно-ориентированный профессиональный отбор в системе органов внутренних дел вообще, необходимо проведение дальнейших полидисциплинарных (медико-психологические, социально-психологические, психиатрические, психофизиологические) исследований.

Олефіренко В.Л., Омелянович В.Ю.

ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В МЕЖАХ ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ В СИСТЕМІ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Відділ охорони здоров'я УМВС України в Донецькій області, Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

В статті, на ґрунті дослідження репрезентативної вибірки співробітників ОВС, які перебували в надзвичайних ситуаціях (263 пацієнта) та групи співробітників ОВС, які не були під впливом екстремальних стресорів (100 осіб), були розглянуті преморбідні особистісні особливості, які здібні зіграти як позитивну, так і негативну роль в процесі післястресової адаптації. На базі отриманих результатів були висунуті загальні напрямки профілактики посттравматичних стресових розладів в системі органів внутрішніх справ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 45-51)

PERSONAL-ORIENTED APPROACH WITHIN THE INITIAL PSYCHOPROPHYLAXIS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS IN THE SYSTEM OF INTERNAL AFFAIRS BODIES

Health Protection Department of Interior Department of Ukraine in Donetsk region, Donetsk State Medical University by M. Gorky

Premorbid personal peculiarities which are capable of exerting both positive and negative influence on the process of post-stressing adaptation, were examined in the article on the basis of the research of representative sampling of IAB employees who were in extreme situations (263 patients) and the group of IAB employees who were not affected by extreme stressors (100 persons). On the basis of the obtained results some common trends of prophylaxis of posttraumatic stress disorders in the system of internal affairs bodies were put forward. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 45-51)

Литература

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. - Т 1. - Красноярск, 1990. - С. 4-6.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А. и др. Структура предболезненных нервно-психических расстройств по данным скрининга // Тезисы II научно-практической конференции психиатров и наркологов Донбасса. - Донецк, 1990. - С. 66-67.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - Киев., 1976.
4. Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психопатологическая диагностика интеллекта и личности. - Киев., 1978.
5. Бурлачук Л.Ф. Исследования личности в клинической психологии. - Киев., 1979.
6. Виноградов М.В., Буйлов Н.К., Варламов В.А., Ермаков А.И., Молькова Н.Г., Мягких Н.И. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел. - М., 1982.-С.14-53.
7. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О. с соавт. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Метод. рекомендації. - Харків, 2002. - С. 21-25.
8. Гурин И.В. Предикторы развития посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами // В кн.: 12 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М., 1995. - С.147-148.
9. Личностный дифференциал. Методические рекомендации министерства здравоохранения СССР. - Ленинград., 1983.
10. Личностный дифференциал. Методические рекомендации министерства здравоохранения СССР. - Ленинград., 1983.
11. Марчук Т.С. Типи дебютів і перебігу ПТСР та стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання (клініка, діагностика). Автореф. дис. канд. мед. н., К. - 2003, 20 с.
12. Напресенко О.К., Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стрессового розладу // Архів психіатрії. - 2002. - № 1(28). - С. 117-119.
13. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - Киев., 1976.
14. Семке В.Я. Ранняя диагностика и психопрофилактика пограничных состояний // Актуальные вопросы пограничной психиатрии. Ч. I. - Москва-Витебск. - 1989. - С. 87-90.
15. Семке В.Я. Донозологические и начальные формы в клинике пограничной психиатрии // Клинические и организационные аспекты начальных проявлений нервно-психических заболеваний. - Барнаул. - 1987. - С. 45-47.
16. Семке В.Я., Савиных А.Б. Типология и психопрофилактика донозологических форм психодезадаптационных состояний в условиях севера Сибири // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1989. - N11. - С. 78-87.
17. Семке В.Я., Савиных А.Б. и др. Экстранозологический подход к анализу пограничных состояний // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья. - Томск. - 1990. - С.54-55.
18. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. С.-Пб., 1996. - С. 158-177.
19. Собчик Г.Н. Методическое пособие по применению теста ММПИ. - М., 1971.
20. Табачников А.Е. Пограничные психические расстройства у работников угольных предприятий: Дис. ... канд. Мед. наук.-М. - 1991.
21. Фролова А.А. // Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.
22. Jordan B. K., Schlenger W.E., and all. // Arch.gen Psychiatr. - 1991. - P. 207-215.
23. Kentsmith D. K. Aviat. Space Environ. Med. - 1980. - Vol. 51, N 4. - P. 409-413.
24. Keane T.M., Malloy, P.F. & Fairbank, J.A. Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1996, N 52, -P. 888-891.
25. Klonoff H., Clark, C., Horgan, J., Kramer, P. & Mcdougall, G. The MMPI profile of prisoners of war. Journal of Clinical Psychology, - 1976, N 32, -P. 623-627.
26. Schnurr P.P., Friedman M.J. & Rosenberg S.D. Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. // American Journal of Psychiatry. - 1993, N 150, - P. 479- 483.
27. Schnurr P.P. & Vielhauer M.J. Personality as a risk factor for PTSD. // Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.- 1999. -P. 191-222.
28. Phillip W. Long. Posttraumatic Stress Disorder. // PTSD Research is published by the Harvard Colleg. Harvard.-1997.-P. 12-14.

Поступила в редакцию 28.06.03

УДК 616.5-002.525.2-06:616.89

*А.К. Бурцев***АЛЕКСИТИМИЯ, ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ (СКВ)**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: алекситимия, системная красная волчанка, самоотношение, межличностные отношения

Отдельные психопатологические и психологические характеристики больных СКВ достаточно подробно описаны в современных публикациях [1], однако конкретные психологические механизмы изменения самоотношения и межличностные отношения, неизбежные в ситуации наличия этого тяжелого системного заболевания отражены в литературе недостаточно. А, между тем, эти важнейшие факторы социального функционирования влияют не толь-

ко на субъективную оценку качества жизни этими больными, но, в сочетании с алекситимическими тенденциями, свойственными большинству из них могут оказаться включенными в механизмы психогенно обусловленных ухудшений общего состояния.

Целью настоящего исследования было изучение влияния алекситимических проявлений на социально-психологическое функционирование больных СКВ.

Материалы и методы исследования

Исследование охватывает 32-х пациентов (20 женщин и 12 мужчин), проходивших стационарное лечение в клиническом терапевтическом отделении ГБ № 1 г. Донецка. Средний возраст больных составил 35,6 лет. Из изученной выработки были исключены больные с признаками нейролупуса и когнитивными нарушениями. Были применены: для изучения выраженности

алекситимии и ее аспектов – Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) [2], а также опросник самоотношения (ОСО) [3] и опросник межличностных отношений Шутца (ОМО) [4]. При статистической обработке результатов использовались параметрические критерии (коэффициент линейной корреляции Пирсона и t-критерий Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний показатели по методике ТАШ приведены в таблице № 1.

*Таблица 1***Средний показатели по методике ТАШ**

А	а	б	с
72,09±9,4	26,36±4,41	20,27±6,62	25,72±5,69

А – общий показатель алекситимии; а – нарушение идентификаций эмоций; б – нарушений экспрессии эмоций; А – экстернальность мышления.

Средний уровень общего показателя алекситимии составил 72,09, что соответствует минимальному уровню высоких оценок (>72 баллов); имеет место равномерное повышение показателей по всем субшкалам методики.

С целью уточнения характера самоотношения был применен Опросник самоотношения (ОСО), разработанный В.В.Столиным. Средние показатели по шкалам опросника приведены в таблице 2.

Средние значения шкал ОСО

Показатели	Шкалы ОСО											
	S	I	II	III	IV	1	2	3	4	5	6	7
M	82,1	65,76	76,39	47,03	72,67	64,18	44,2	69,2	63,97	54,7	62,6	62,5
m	16,85	19,47	25,25	27,2	31,6	23,8	27,0	29,33	24,5	23,4	30,2	22,0

Примечания: S – интегральное чувство «за – против» Я; I – самоуважение; II – аутосимпатия; III – ожидание положительного отношения других; IV – самоинтерес; 1 – самоуверенность; 2 – отношение других; 3 – самопринятие; 4 – саморуководство; 5 – самообвинение; 6 – самоинтерес; 7 – самопонимание.

Интегративный показатель самоотношения ОСО – показатель по шкале S, измеряющий общее чувство «за» или «против» собственной личности. В группе больных СКВ по этой шкале составил 82,1. Это весьма высокий уровень показателя. Он отражает значительную степень самопринятия себя как личности, характерную для лиц, не страдающих тяжелыми депрессивными расстройствами, сохраняющих положительный образ своего «Я». По мнению авторов-разработчиков ОСО глобальное чувство «за» или «против» собственной личности формируется с участием двух механизмов защиты самоотношения – защиты с помощью «фальсификации» собственного «Я» и так называемой «агрессивной защиты».

Даже если защита с помощью фальсификации оказывается эффективной в недопущении прямого негативного отношения к себе (антипатии, неуважения), то по отношению к предохранению от ожидания негативного отношения к себе других, она оказывается недейственной. Защита путем фальсификации отрицательно связана с самоинтересом и ожиданием положительного интереса к себе со стороны окружающих. Агрессивная защита положительно коррелирует с аутосимпатией, фальсифицирующая – нет.

Средний показатель по шкале I (самоуважения) ОСО 65,75, что соответствует достаточно высоким оценкам. Такой результат отвечает ощущению морального одобрения собственной личности больным СКВ, отсутствию осознанного чувства нравственного несовершенства, представлений о своей болезни, как о наказании свыше. Еще более высокий средний показатель – 76,39 отмечается по шкале II ОСО (аутосимпатии). Как уже указывалось выше, высокие уровни аутосимпатии ассоциируются с готовностью к взрывной, экстренной, агрессивной мобилизации защиты против угрозы «Я», агрессии по отношению к обидчику или критику без позднейшей его дискредитации, признании в дальнейшем своей вспыльчивости. По мнению

В.В.Столина для агрессивного стиля защиты характерна высокая оценка ситуаций, в которых субъект проявляет себя прагматиком, положительная оценка своей внешности.

Высокая оценка прагматизма соответствует экстернатности мышления и «нормопатичности» поведения в рамках алекситимического склада эмоциональных отношений. Вместе с тем, трудно ожидать искреннего принятия своей внешности у больных, страдающих обезображивающим заболеванием с кожными проявлениями при сохранности общей критичности. Таким образом, у больных СКВ предположить наличие обоих механизмов защиты самоотношения.

Средний показатель по шкале III (ожидания положительного отношения от других) составляет 43,7, что достоверно ниже показателя по другим вторичным шкалам (S, I, II, IV) методики ОСО. При пониженных показателях по этой шкале возможно ожидание отрицания внутренних достоинств, совести, антипатии к своей внешности. Такая антипатия, априорно предусмотренная самим субъектом, при этом принимается как, якобы, реально исходящая извне. По мнению В.В.Столина при таком типе защиты субъект «не желает себе добра по-настоящему», принимая себя необычным, уникальным и не ставит целью увеличение самоуважения.

Представляется обоснованным связать относительно низкий показатель по шкале ожидания положительного отношения от других с существованием у больных СКВ элементов защиты самоотношения путем фальсификации «Я», при которой должна быть отрицательная корреляция с показателем по шкале III ОСО. Психологически понятна озабоченность волчаночных больных своим внешним обликом в связи с кожными проявлениями болезни, кушингоидизмом, гирсутизмом, ретенцией жидкости в связи с гормонотерапией.

Средний показатель по шкале IV ОСО составил 72,69, то есть имеет высокий уровень значення. Показатель по этой шкале «отражает меру

близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», «уверенность в своей интересности для других» (В.В.Столин). Как уже указывалось выше, уровень самоинтереса напрямую коррелирует с тенденцией к агрессивной защите самопринятия и с обратным знаком – с тенденцией к защите путем фальсификации. Можно предположить, что высокий показатель по этой шкале отражает присутствие у волчаночных больных тенденции к агрессивной защите.

По шкале 1 (самоуверенности) ОСО средний показатель в группе больных СКВ составил 64,18, то есть оказался достаточно высоким. Подобный высокий показатель является, по нашему мнению, отражением характерного преморбидного склада лиц изучаемой группы (энергичность, самоуверенность, нацеленность на успех в карьере).

Средний показатель по шкале 2 (ожидаемого отношения других) ОСО составил в группе больных СКВ 44,2, что достоверно ниже ($p < 0,05$) показателей других первичных факторов анализируемой методики. Низкий показатель по этой шкале имеет значение, аналогичное значению среднего показателя по шкале III ОСО, то есть может быть связан с существованием элементов защиты самоотношения путем фальсификации «Я».

Средний показатель по шкале 3 (самопринятия) ОСО в группе больных СКВ составил 69,2. Достаточно высокий показатель по этой шкале отражает, с нашей точки зрения, эффективность механизмов защиты самопринятия главным образом за счет агрессивной защиты.

По шкале 4 (саморуководства) ОСО средний показатель в группе больных СКВ составил

63,97. Это значение может быть отнесено к уровню высоких и расценено как отражение преморбидных особенностей описываемого контингента; можно также предположить значительную эффективность самопринятия своего «Я» и наличие доминантных тенденций (см. обсуждение результатов по методике ОМО).

Средний показатель по шкале самообвинения (5) ОСО составил в группе больных СКВ 54,7. Подобное значение отражает несколько повышенный уровень самокритичности, свойственный сохранным в психическом отношении соматическим больным.

Шкала 6 ОСО отражает уровень самоинтереса, то есть степень заинтересованности в познании своего собственного внутреннего мира. Как уже указывалось выше, именно по соотношению с уровнем показателя этой шкалы определяется преобладание одного из двух защитных стилей, описанных выше. Средний показатель по шкале самоинтереса составил 62,6. Высокий уровень этого показателя свидетельствует в пользу преобладания агрессивного защитного стиля.

Суммируя общее впечатление о результатах применения ОСО у больных СКВ следует отметить достаточно благоприятное, в целом, самоотношение лиц изучаемого контингента. Нельзя говорить об однозначном преобладании одного из двух защитных стилей; напротив, имеет место их определенное смешение. Защита путем фальсификации «Я» связана, главным образом, с непринятием различных соматических изменений (прежде всего обезображивания внешнего облика и нарушения суставной подвижности) и связана с проекцией аутонегативного отношения на окружающих.

Таблица 3

Средние значения показателей по методике ОМО

Показатель	Ie	Iw	Se	Cw	Ae	Aw	I _{e+w}	I _{e-w}	C _{e+w}	C _{e-w}	A _{e+w}	A _{e-w}
M	4,72	3,45	6,64	3,55	3,64	4,64	8,18	1,27	10,18	3,09	8,27	-1,0
m	1,85	1,37	2,01	2,07	1,36	2,5	2,99	1,27	1,89	3,61	3,44	2,1

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

Для исследования особенностей межличностных отношений больных СКВ использовался опросник межличностных отношений (ОМО)

В.Шутца. результаты исследования представлены в таблице 3.

Согласно теории межличностных отношений

В.Шутца каждый индивид имеет характерный способ социальной ориентации по отношению к другим людям, и эта ориентация определяет его межличностное поведение, которое объясняется на основе трех потребностей: включения, контроля, аффекта.

Как биологические, так и социальные (межличностные) потребности являются выражением требования оптимального обмена между средой, либо физической, либо социальной и организмом. Психические и соматические болезни могут быть результатом неадекватного удовлетворения межличностных потребностей.

Потребность включения подразумевает возможность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, осуществляя с ними взаимодействие и сотрудничество. Выраженное поведение включения заключается в стремлении принимать других, чтобы и они имели интерес к субъекту и принимали участие в его деятельности. Имеет место активное стремление принадлежать к определенным социальным группам и быть как можно больше среди людей.

Показатель по шкале Ie (выраженное поведение включения) в группе больных СКВ составил в среднем 4,72 балла, что относится к диапазону средних оценок. Другими словами, описанные выше тенденции реализуются в достаточном объеме и далеко отстоят от экстремальных значений (от 0-1 до 8-9), то есть исследованные больные и не избегают людей, и не стремятся во что бы то ни стало искать контактов с окружением. Полученное среднее значение достоверно не отличается от приводимого по этой шкале для больных системными заболеваниями авторами русской адаптации методики – 4,3.

Показатель по шкале требуемого поведения включения составил в группе больных СКВ в среднем 3,45 балла, что также соответствует среднему уровню оценок и не отличается от уровня, приводимого авторами адаптации (3,3). Таким образом, изученные больными имеют средний объем общения и не стремятся во что бы то ни стало быть вовлеченными в любое общество.

Показатели Ie+w и Ie-w не устанавливают наличия выраженных внутренних конфликтов и фрустраций в области потребности включения.

Потребность контроля определяется Шутцем как потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения включают психологические приемлемые отношения с людьми в двух направлениях – от субъекта к людям в диапазо-

не от «всегда контролирую поведение других людей» до «никогда не контролирую» и от людей к субъекту от «всегда контролируют» до «никогда не контролируют».

У больных СКВ обнаружены высокие значения показателя Се (выраженное поведение контроля) – 6,64 балла. Следует подчеркнуть, что это значение достоверно выше ($p < 0,05$) значения аналогичного показателя у больных системными заболеваниями по данным автора русской адаптации теста ОМО (2,6).

Налицо повышенное стремление к доминированию, контролю за окружающими, причем с учетом умеренной потребности во включении, это стремление носит не демонстративный, а реальный характер.

Такое стремление у больных СКВ можно понять и как реактивно усиленное в противовес объективно нарастающей физической слабости, ограниченности объема физической активности, и как конституционально задающуюся в детстве отношениями резкой регламентации поведения или, наоборот, полной свободы, порождающей страх не справиться с ситуацией. Во втором случае можно предположить связь нарушений объектных отношений в детстве с развитием повышенной потребности в регламентированности поведения в духе нормопатических тенденций алекситимического стиля общей активности.

Средний показатель по шкале требуемого поведения контроля (Cw) в группе больных СКВ составил 3,55, что соответствует пограничному уровню оценок.

Интегративный показатель объема интеракций в рамках потребности в контроле (Ce+w) достигает уровня 10,18. Этот показатель выше других показателей объема интеракций у больных СКВ, что указывает на особую значимость потребности в контроле в спектре их межличностных отношений. Такой вывод подтверждается тем, что показатель противоречивости межличностного поведения контроля (Ce-w) по абсолютной выраженности также является максимальным.

Среднее значение показателя выраженного поведения (Ae) в группе больных СКВ составил 3,64 балла, что соответствует пограничному уровню оценок и достоверно не превышает значения, указанного для системных больных автором русской версии ОМО (3,4). Можно сказать, что близкие, интимные отношения с другими людьми не редкость для пациентов описанной группы, но установление таких отноше-

ний не является для них самоцелью.

Среднее значение показателя A_w (трубуемого аффективного поведения) составил 4,64, что соответствует оценкам пограничного уровня, но оказывается немного более низким по сравнению с данными для лиц с системными заболеваниями у автора русской адаптации ОМО (5,7). Можно сказать, что аффективные потребности больных исследуемой группы в достаточной степени удовлетворены, хотя отрицательное значение (-1,0) показателя противоречивости межличностного аффективного поведения указывает на некоторую неудовлетворенность стремлением окружающих в проявлении эмоционально насыщенных отношений к ним.

Средний показатель объема интеракций в рамках аффективного поведения составил 8,27 балл, то есть существенно не отличается от $I_e + w$. Таким образом, оба эти аспекта имеют равную значимость у больных СКВ.

Подводя итоги изучению особенностей межличностных отношений с помощью ОМО, следует отметить, что наиболее значимой областью межличностных отношений у больных СКВ является область контроля.

Высокий уровень показателя S_e свидетельствует о наличии у пациентов исследуемого контингента автократических тенденций – стремления владеть другими людьми, предпочтения иерархической системы отношений с собой во главе. При этом имеет место активный поиск власти, конкуренция за власть. Обратной стороной автократических устремлений является страх перед тем, что окружающие не подчинятся, и сами будут доминировать. Имеются бессознательные чувства неответственности за происходящее и неспособности самому принимать решения; существует опасение, что окружающие знают об этом.

Подобные личности при любой возможности стараются опровергнуть имеющуюся, по их мнению, убежденность окружающих в том, что они не могут сами проявлять активность, принимать решение. Бессознательно они подозревают, что другие им не доверяют и стараются все решать за них.

В ситуации тяжелой системной болезни, бросающей серьезный вызов возможностям человека, психологически понятной является попытка путем гиперкомпенсации, подстегивания доминантных тенденций сохранить социальный и психологический статус, мобилизуя все резервные возможности личности. Подобная максималистская тактика может иметь неблагоприятные

последствия, так как следование ей окончательно истощает ресурсы личности, способствует усилению астенизации, а вместе с ней и ощущению беспомощности. Это ощущение, в свою очередь, заставляет тратить еще больше сил на упорное следование автократическим путем.

Если рассматривать автократический стиль отношений как следствие нарушения объектных отношений в раннем детском возрасте, можно предположить его патогенетическую роль в самом психогенном компоненте возникновения в развитии СКВ. Описание автократического стиля вполне соответствует характеристикам преморбидных психологических особенностей волчаночных больных [1]. Возможно, что сама СКВ является символическим выражением «абдикратического» по Шутцу протеста против навязанного ранними отношениями «родитель-ребенок» автократического поведения. Физическое снижение подвижности, упадок сил, глубокая астения реализуют бессознательное стремление избежать, уйти от ситуации, где личность чувствует себя беспомощной из-за подспудной уверенности в своей неспособности вести себя по-взрослому, быть компетентной, ответственной.

Негибкий, доминантный стиль поведения может быть связан с наличием алекситимических тенденций. Ощущение беспомощности, некомпетентности может стать психологическим преобразованием депрессивного расстройства, характеризующегося негативным представлением о себе, окружающих и будущем.

Для проверки предположения о связи особенности и самоотношения и межличностных отношений с выраженностью проявлений алекситимии был проведен корреляционный анализ. Имеет место корреляционная связь между показателем алекситимии и показателем требуемого поведения контроля S_w : ($r=0,767$, $p=0,026$) при невозможности активно контролировать, осуществлять на практике автократический стиль по Шутцу, реализуется «абдикратическое» поведение, имеющие, впрочем, общие корни в ранних нарушениях отношений «родитель-ребенок», описанных выше.

Алекситимичность, таким образом, затрудняет реализацию агрессивного, мобилизующего стиля самопринятия «Я» и создает предпосылки для относительного преобладания фальсифицирующего «Я» стиля В.В.Столину. Подтверждение тому, с нашей точки зрения, является ряд положительных корреляций уровня алекситимии с некоторыми показателями методики ОСО.

Установлена, например, положительная корреляционная связь ($r=0,842$, $p=0,09$) алекситимии с уровнем аутосимпатии (III), что свидетельствует об успешном формировании идеализированного образа «Я».

Положительная корреляция ($r=0,714$, $p=0,047$) уровня алекситимии и самоинтереса (IV) на первый взгляд противоречит мнению о том, что высокая алекситимичность способствует реализации защиты самоотношения по типу фальсификации «Я», так как самоинтерес напрямую коррелирует с защитой агрессивного типа. Вместе с тем, с нашей точки зрения необходимо учесть, что у алекситимичных личностей, характеризующихся экстернальным мышлением, низкой способностью к интроспекции, можно говорить лишь о поверхностном самоинтересе, скорее о попытке его имитации, или другими словами, его фальсификации. Поскольку речь идет не о лицах с грубыми явлениями алекситимии, нельзя отрицать, что сознательные попытки разобраться в себе, проявить самоинтерес в рамках когнитивных копинговых усилий, не могут быть полностью безуспешными. Чем значительнее проявления алекситимичности в относительно умеренных пределах, тем значительнее и проявления уравнивающих ее тенденций.

Положительная корреляционная связь ($r=0,741$, $p=0,036$) между алекситимией и саморуководством (и самопоследовательностью), по нашему мнению, также должна рассматриваться в контексте динамического противостояния попыток сохранить контроль над жизненной ситуацией и определенного отказа от такого контроля в рамках следования поверхностной тактике алекситимического плана. Описываемая связь является одним отражением гипертрофии отношений контроля (в диапазоне от «автократии» – до «абдикратии» по В.Шутцу). Защита «фальсифицирующего» плана, как известно, не эффективна против ожидания неблагоприятного отношения к себе, поэтому возникает потребность в стремлении к контролированию других.

Следует отметить также положительную корреляционную связь ($r=0,922$, $p=0,001$) между саморуководством (самопоследовательностью) и субшкалой ТАШ нарушения идентификации эмоций. Неспособностью адекватно оценивать собственную эмоциональность и эмоциональность окружающих вынуждает усиливать самоконтроль и контроль над ситуацией.

Установлена значимая положительная корреляционная

связь ($r=0,768$, $p=0,028$) между субшкалой нарушения идентификации эмоций и шкалой 3 ОСО – самопринятия. Можно предположить, что речь идет о том, что снижение эффективности и глубины понимания собственной эмоциональности способствует примирению с собственным «Я», изменившимся в ситуации болезни. Алекситимичность способствует, таким образом, следованию по пути фальсификации «Я» пациентов.

Неразрывно связанная с алекситимией «нормопатическая» тактика следования внешним общепринятым стандартам, ориентироваться на средний, рутинный уровень нормативности в своем поведении, находит отражение в тесной корреляционной связи ($r=0,925$, $p=0,012$) показатели по субшкале экстернальности мышления методики ТАШ (с) и показателя Ie (выраженное поведение включения). Эта связь отражает стремление изученных больных СКВ принимать остальных людей чтобы те, в свою очередь принимали участие в их судьбе, делах. Гипертрофированное желание причастности, включения в мир остальных людей психологически понятно у тех, кого тяжелая системная болезнь буквально «выталкивает за борт» обычной жизни. Сродни описанной только что связи и корреляции ($r=0,767$, $p=0,026$) между выраженностью показателя нарушения экспрессии эмоций (b) и показателем по шкале требуемого поведения контроля (Cw) ОМО. Стремление к тому, чтобы окружающие контролировали поведение больного путем чешкой регламентации понятно связанной с переживанием беспомощности, неспособности подавать окружающим внятные стимулы при нарушении способности к ясному выражению своего эмоционального состояния.

Проведенный анализ корреляционных связей алекситимии и ее субшкал с показателями других методик позволил конкретизировать вклад алекситимичности в формирование психологической проблематики больных СКВ.

С выраженностью алекситимических черт, в частности с нарушением экспрессии эмоций связано снижение эффективности контроля за собственным состоянием и отношениями с другими.

Усиление алекситимических тенденций способствует преобладанию стиля фальсификации «Я» в рамках психологической защиты.

Алекситимические проявления способствуют нарастанию противоречий при стремлении к удовлетворению потребностей контроля и самоконтроля.

О.К. Бурцев

**АЛЕКСИТИМИЯ, ОСОБЛИВОСТІ САМОВІДНОШЕННЯ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ
ВІДНОСИН У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧОК (СЧВ)**

Донецький державний медичний університет

Особливості самовідношення та міжособистісних відносин у хворих на системний червоний вовчок вивчені у їх зв'язку з алекситимією, притаманною для таких хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 52-58)

A.C. Burtsev

**ALEXITYMIA, SELFATTITUDE AND INTERPERSONALITY RELATIONSHIPS IN
PATIENTS WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Donetsk State Medical University

Peculiarities of selfattitude and and interpersonality relationships in patients with lupus erythematosus in their connection with alexitymia are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 52-58)

Литература

1. Абрамов В.А., Бурцев А.К. Психопатология СКВ. // Системная красная волчанка. – Донецк: Видавництво КП “Регион”, 2003. – С. 305-326.

2. Алеситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Метод

пособие, СПб, 1994. – 25 с.

3. Тест-опросник самооотношения. // Практикум по психодиагностики. Издательство МГУ, 1988 г. – С. 123-130.

4. Рукавишников А.А. Опросник межличностных отношений. НПЦ «Психодиагностика», Ярославль, 1992. – 47 с.

Поступила в редакцию 12.10.03

УДК:"340.63:351.74-058

*А.В. Абрамов***ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: психиатрическое освидетельствование, сотрудники органов внутренних дел, заболеваемость

Значительные трудности возникающие при выявлении психических заболеваний в практике общего здравоохранения еще больше возрастают при психиатрическом освидетельствовании лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел. Это обусловлено массовостью обследования, необходимостью в короткие сроки подвергнуть психиатрическому освидетельствованию большое количество испытуемых, отсутствием необходимых объективных анамнестических сведений. Военно-врачебные комиссии (ВВК) располагают лишь небольшим количеством формальных, анкетных данных. При этом все претенденты, будучи заинтересованными в поступлении на службу, стремятся представить себя в более выгодном свете, скрыть недостатки здоровья, в связи с чем возникает необходимость, все сведения, которыми располагает ВВК, сгруппировать таким образом, чтобы анализ их мог оказаться полезным для психиатров-экспертов, выделив при этом признаки, которые имеют хотя бы опосредованную связь с психической патологией [1].

Ежегодно на службу в органы внутренних дел Донецкой области поступают 2-3 тысячи человек в возрасте от 18 лет. Верхняя возрастная граница значительно варьирует в связи с тем, что нередко на руководящие должности приглашаются лица, имеющие большой стаж организационной работы. Аналогичным образом обстоит дело и с привлечением в систему ОВД научных кадров.

Все поступающие на службу в ОВД составляют два потока. Первый – это лица, поступающие в средние и высшие учебные заведения. Данная категория кандидатов на службу наиболее благополучна в отношении психического здоровья.

Второй поток составляют лица, поступающие непосредственно на службу в органы внутренних дел из различных отраслей народного хозяйства.

Эта категория кандидатов более сложная по своему составу и менее благополучна в медицинском (в том числе и психиатрическом) отношении.

На службу в органы внутренних дел поступают мужчины и женщины, но мужчины в количественном отношении значительно превосходят женщин. Число лиц с высшим, среднетехническим или средним образованием в различные годы варьирует в зависимости от потребности в специалистах, однако процентное соотношение их между собой остается примерно одинаковым и соответствует должностной структуре органов внутренних дел.

Все кандидаты, как поступающие в учебные заведения, так и непосредственно на службу проходят медицинское освидетельствование в военно-врачебных комиссиях в общем порядке. При этом, критерии психического здоровья в существующих инструкциях определены с нозологических позиций, что значительно осложняет экспертизу в условиях всеобщего перехода психиатрических служб на МКБ-10. В процессе психиатрического и психофизиологического отбора, оценивая индивидуальные, в том числе характерологические, особенности кандидата, для принятия наиболее правильного экспертного решения, учитывается вид его будущей профессиональной деятельности [1]. Поэтому, с точки зрения требований, предъявляемых к психофизиологическим возможностям человека, различные виды профессиональной деятельности в системе ОВД целесообразно сгруппировать следующим образом:

а) оперативные службы – деятельность в которых связана с риском для жизни, характеризуется частым возникновением экстремальных ситуаций, протекает в напряженных изменчивых условиях, не регламентирована жестким распорядком дня, связана с постоянным ношением и возможным применением оружия, с реализацией властных полномочий. Сюда относятся уго-

ловный розыск, отдел по борьбе с экономическими преступлениями, отдел по борьбе с организованной преступностью, патрульно-постовая служба, ГАИ, государственная служба охраны.

К психическому здоровью и характерологическим особенностям лиц, поступающих в оперативные службы предъявляются самые высокие требования, и эта же категория является самой неблагополучной в медицинском отношении: основная масса кандидатов приходит в органы внутренних дел из различных отраслей народного хозяйства, не имея реального представления о характере деятельности, выбирая профессию под влиянием книг, кинофильмовне соответствующих реалиям романтических представлений. При этом, оперативная деятельность (а так же ее внешние атрибуты) привлекают к себе в числе прочих поступающих и определенное количество лиц с психопатологическими расстройствами.

б) службы ОВД, аналогичные по видам деятельности соответствующим отраслям народного хозяйства (например строители, техники, инженеры, финансисты и т.д.) – несмотря на то, что у представителей многих профессий характер деятельности при переходе на службу в органы внутренних дел практически не меняется, тем не менее требования к психическому здоровью этих специалистов выше, чем у штатских лиц. Во-первых, потому, что в процессе службы возможны последующие изменения характера работы, во-вторых, более высокие медицинские требования обусловлены тем, что всякие отклонения в поведении гражданского лица ассоциируются только с данным лицом, тогда как нарушения в поведении человека, носящего военную форму, отождествляются со всей военизированной системой и подрывают ее авторитет. Процент лиц с психическими расстройствами в данной категории кандидатов на службу также достаточно велик, но их структура иная, чем среди лиц, поступающих в оперативные службы.

в) научно-педагогическая деятельность – требования к психофизиологической устойчивости этой категории специалистов приближается к предыдущей группе.

г) управленческая деятельность – в управленческий аппарат на руководящие должности различного уровня из числа гражданских кандидатов в органы внутренних дел приглашаются лица, хорошо зарекомендовавшие себя на административной работе, что уже является определенным залогом высокого социального контроля и преобладания его над любыми характеро-

логическими, а так же патохарактерологическими особенностями.

Подобная систематика по видам деятельности дает общую ориентацию эксперту при последующей выработке требований к представителям основных служб и при индивидуальном решении вопроса о степени годности, а так же при написании обоснованного экспертного заключения.

Важное значение для экспертной оценки психического состояния кандидатов на службу может иметь сравнительный анализ характера прошлой деятельности по отношению к предстоящей. Подобный анализ, на основании психиатрической экспертной оценки нейтральных, по мнению испытуемого, и соответственно легко им самим предъявляемых, анамнестических сведений, позволяет выделить из числа поступающих для более детального клинического освидетельствования «группы повышенного риска».

С этих позиций кандидатов на службу в органы внутренних дел по сравнительному анализу прошлой и предстоящей деятельности целесообразно разделить на три группы. Первую, наиболее неблагоприятную в психиатрическом отношении, составляют лица, резко меняющие профиль деятельности. Вторую – поступающие на службу в ОВД с понижением в должности, или с потерей в окладе.

Резкое изменение в характере деятельности, переход на более низко оплачиваемую работу или понижение в должности входят в число признаков дезадаптации индивида. Лишь в исключительных случаях подобные изменения служебной деятельности могут вызываться объективными обстоятельствами, не зависящими от воли человека.

Однако, как правило резкое изменение характера деятельности соответствует и характерологическому сдвигу. Переход на более низко оплачиваемую работу или понижение в должности часто сочетается со снижением энергетического потенциала, депрессией, иной психопатологической симптоматикой, или отражает профессиональную несостоятельность претендента.

Третью группу составляют лица, поступающие в органы внутренних дел по своей специальности или с учетом базового образования, а так же приглашенные на службу. Эти кандидаты, как правило, являются наиболее благополучными в отношении психического здоровья, охотно подвергаются обследованию и дают наименьший процент отсева.

Между количеством зарегистрированных органами здравоохранения психически больных

и фактической распространенностью психических болезней среди населения имеются значительные расхождения. Прежде всего это связано с тем, что учет психических заболеваний ведется на основании обращаемости больных за медицинской помощью, тогда как часто психически больные избегают обращения к психиатру, скрывают свое заболевание, или ошибочно лечатся у интернистов. Кроме того, многие психические заболевания длительное время протекают скрыто, незаметно для окружающих и самого больного. Нередко в течение длительного времени субклинические признаки психического заболевания воспринимаются лишь как проявление плохих черт характера. Отмечаемый во всех высокоурбанизированных странах рост психических заболеваний происходит преимущественно за счет увеличения именно стертых, клинически маловыраженных форм [2].

Таким образом, справка из районного психоневрологического диспансера, которую предъявляют все поступающие на службу свидетельствует лишь о том, что данный человек не состоит на диспансерном учете, но не является критерием его психического здоровья.

После создания Центров психиатрической помощи и профессионального психофизиологического отбора при отделах охраны здоровья МВД, отсеб по медицинским показаниям увеличился за счет выявления психически больных среди вновь поступающих, однако продолжают оставаться определенные сложности. Значительные трудности в установлении нозологической принадлежности выявленных у вновь поступающих на службу психопатологических расстройств определяются особенностями экспертной работы. Отсутствие объективных сведений, необходимой медицинской документации, диссимуляция испытуемых, однократность экспертного освидетельствования — все в совокупности не позволяет в большинстве случаев сделать окончательное заключение о нозологической принадлежности выявленной патологии.

В этой связи, описывая распространенность и структуру психических заболеваний среди лиц поступающих на службу в органы внутренних дел, во многих случаях приходится ограничиться лишь синдромальной характеристикой.

Распространенность психотических и невротических расстройств с 1997 по 2000г. в среднем по Украине составила 34 случая на 1000 вновь поступающих на службу, что в 5-6 раз превышает показатель распространенности аналогичной

патологии в популяции. Столь значительные различия в показателях МВД со статистическими данными органов гражданского здравоохранения объясняются, по нашему мнению, не только высокими требованиями ведомственной психиатрии, но и тем обстоятельством, что значительное количество больных с психическими расстройствами стремятся на службу в ОВД именно по различным болезненным мотивам (Табл. 1).

Так же как и в структуре психической заболеваемости населения, наибольшую распространенность среди вновь поступающих на службу имеют расстройства непсихотического круга. Показатель распространенности различных невротических и невротоподобных расстройств составляет 84,3% от всех вновь поступающих, признанных негодными по психиатрическим статьям.

В связи с трудностями дифференциальной диагностики в нозологическом отношении в данную группу по всей видимости вошли и невротоподобные состояния процессуального и органического генеза, неврозы, нерезко выраженные депрессивные расстройства, акцентуации личности. Общим признаком, позволяющим объединить столь различные в нозологическом отношении состояния является именно невротический (невротоподобный) регистр выявленных клинических проявлений.

Синдромальная структура расстройств невротического круга неравнозначна, порой нерезко очерчена в клиническом отношении. Тем не менее, в описываемой структуре расстройств невротического круга удается выявить определенную специфичность, присущую данному контингенту и отличающую их как от популяции, так и от контингентов других профессиональных групп.

В структуре расстройств невротического круга, выявленных у лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел около 40% составляют психастенические расстройства. Испытывая значительные трудности в общении с людьми в процессе работы вследствие выраженных тревожных, тревожно-мнительных черт, болезненных сомнений в своей малозначительности, вследствие повышенной истощаемости, лица с выраженными психастеническими чертами стремятся на службу в органы внутренних дел, полагая, что военная дисциплина упростит для них межличностные контакты, более строгая регламентация рабочего времени облегчит выполнение служебных обязанностей, а воинское звание упрочит их социальный статус.

Статистические показатели частоты и структуры общей психической заболеваемости по группам болезней среди кандидатов на службу в ОВД

Кандидаты на службу в МВД (на 1000)							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Невротические и невротоподобные расстройства	18,7	18,2	19	19,6	19,1	14,2	17,1
Расстройства личности	1,8	2,0	2,1	1,9	1,6	2,3	2,0
Умственная отсталость	0,5	0,4	0,5	0,3	0,6	0,5	0,4
Кандидаты на учебу в учебные заведения МВД (на 1000)							
Невротические и невротоподобные расстройства	15,9	15,0	15,4	15,7	14,1	14,7	15,3
Расстройства личности	1,2	0,9	1,1	0,9	1,0	1,2	1,1
Умственная отсталость	0,2	0,1	-	0,1	0,2	0,3	0,1

Второе место среди пограничных расстройств занимают соматоформные и тревожно-депрессивные расстройства (32%). Как правило эти состояния выявлялись у лиц в возрасте свыше 30 лет, и практически не влияли на предыдущий выбор вида профессиональной деятельности. Стремление поступить на службу в органы внутренних дел у данной категории определяется социальными мотивами научной, служебной или материальной заинтересованностью.

Около 15% поступающих составляют лица с акцентуированными истероформными (имея в виду «здоровых» истериков (Zfsook, De Vani 1978) чертами. Работа в органах внутренних дел в первую очередь привлекает их властными полномочиями, кажущимся превосходством над окружающими, возможностью реализовать лидерские тенденции.

Остальные 13% пограничных расстройств представлены обсессивными, обсессивно-фобическими, ипохондрическими и иными нарушениями.

Выявляемость расстройств психотического круга среди лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел, весьма мала и составляет в 1997-2000 году 11-12 случаев на 1000 обследованных. В силу вышеуказанных особенностей экспертного освидетельствования установление их нозологической принадлежности также вызывает определенные трудности.

Значительную часть лиц среди вновь принимаемых на службу в ОВД составляют лица с аутоагрессивным поведением в анамнезе. Внешним признаком такого поступка бывают линейные шрамы от самопорезов на предплечье. Количество шрамов и глубина нанесенных ран варьирует от 1-2 глубоких, требующих хирургического вмешательства (наложение швов), до 30-40 параллельно идущих царапин. Побудительной причи-

ной такого поведения чаще всего является неразделенная любовь или ссора с родителями у молодых лиц обоего пола в возрасте 13-17 лет на фоне употребления спиртных напитков.

При прохождении военно-врачебной комиссии, кандидаты на службу пытаются скрыть настоящую причину возникновения шрамов, выдавая их за следы от царапин ветками, разбитым стеклом и т.п. Однако, в доверительной беседе с психологом Центра ПП и ППФО удается выяснить действительную причину аутоагрессивного действия.

Иногда самопорезы на предплечье появляются у молодых людей (преимущественно мужского пола) в результате обряда «братания». В таких ситуациях царапины на коже наносятся сознательно, острым ножом или лезвием, чтобы потом смешать свою кровь с кровью друга или друзей и тем самым доказать свою мужественность и верность друг-другу. Шрамы при прохождении ВВК в этом случае не прячутся, а, наоборот, демонстрируются с гордостью.

При углубленном анамнестическом, клинико-психопатологическом и психологическом исследовании у многих лиц с аутоагрессивным поведением выявлялись ярко выраженные тенденции к импульсивным действиям, неустойчивость настроения, снижение самоконтроля. При ограничении способности планировать свое будущее, они отличались жестокостью, недисциплинированностью, конфликтностью, когнитивной уязвимостью. Это давало основание диагностировать у них эмоционально неустойчивое расстройство личности.

Всего за период 1999-2002гг. 68 человек было признано не годными для поступления на работу или учебу в ОВД с функциональным диагнозом: «Эмоционально-неустойчивое расстрой-

ство личности. Трудно прогнозировать поведение в экстремальных ситуациях».

Наблюдение 1.

Кандидат на работу в спец. подразделение МВД С., 1977 года рождения, образование высшее, в СА с 1994 по 2000г., офицер запаса. В области левого предплечья, в верхней трети, линейный рубец до 5 сантиметров в длину. Соматической патологии не выявлено.

На момент осмотра жалоб не предъявляет. Контактен. Ориентирован правильно во всех видах. Обманов восприятия, патологических идей нет. Внимание, память, интеллект сохранены. Эмоционально лабилен, не совсем искренен, напряжен, очень волнуется. Тремор век, рук, гипергидроз ладоней, гиперемия лица. Демонстративен.

Углубленное психологическое обследование: тревожность мешает продуктивной концентрации внимания, снижает результаты деятельности. Суетлив. В экстремальных условиях вероятны нервно-психические срывы. Значительное превалирование гипертимных и демонстративных черт характера. Экстрапунитивный тип реагирования с фиксацией на удовлетворении потребностей. Уровень социальной адаптации снижен. Высокий уровень тревоги.

На вопросы о порезе на руке отвечал не уверенно, хитрил, пытался уйти от ответа. Выдвигал несколько версий: «поранился о металлическую ленту при переносе ящика», «поссорился с другом и тот порезал его ножом». После продолжительной доверительной беседы с психологом, расслабился и признался, что во время ссоры с женой, при разводе, в состоянии алкогольного опьянения нанес себе «режущий удар» кухонным ножом по руке «чтобы она меня пожалела». О случившемся говорит со слезами на глазах, по-прежнему переживает из-за конфликта с женой, отмечает приступы плохого настроения.

Диагноз: Эмоционально-неустойчивое расстройство личности. Сложно прогнозировать поведение в экстремальных ситуациях.

Согласно приказа МВД Украины № 85 от 6.02.2001г., ст. 18 «б» не годен к службе в качестве милиционера спец. подразделения.

Учитывая цели и задачи психофизиологического отбора целесообразно все многообразие причин, определяющих выбор профессии у данного контингента разделить на две группы: причины социального характера и причины психопатологического характера.

Все поступающие на службу в органы внутренних дел выдвигают в качестве мотивов выбора данной профессии различные причины со-

циального характера, которые либо являются истинными для данного индивида, полностью отражают его социальные установки, либо претендентами предьявляются формальные причины, маскирующие, скрывающие настоящие.

Основными, наиболее частыми мотивами поступления на службу в ОВД выдвигаются следующие.

У молодежи, не имеющей профессии и специального образования, в качестве основной причины (46%) называется материальный стимул (хороший и постоянный заработок, бесплатный проезд в городском транспорте, 50% скидка на оплату жилья и т.п.), что в большинстве случаев сочетается с юношеской незрелостью и с недостаточным представлением о выбранной профессии.

Реже (33,6%) лица молодого возраста выбирают данную профессию по семейной традиции, по совету родственников или знакомых, уже работающих в ОВД. Эта категория лиц имеет более зрелые представления о характере предстоящей деятельности.

Только 15,2% желающих работать в милиции хотят «посвятить всю свою жизнь» борьбе с преступностью и спасению людей.

Лица зрелого возраста, специалисты, романтику профессии в качестве причины указывают редко и лишь в тех случаях, когда хотят скрыть истинные мотивы. В большинстве случаев их мотивом является научная перспектива, перспектива служебного роста, материальная или бытовая заинтересованность.

Причин болезненного психопатологического характера, обусловленных не социальными факторами а особенностями психического состояния, по собственной инициативе не называет никто, однако их удается выявить в процессе целенаправленной беседы, проводимой после психодиагностического обследования и с учетом результатов. В основном, у данной категории лиц выбор новой профессии, стремление поступить на службу в органы внутренних дел определяется характером психопатологических нарушений.

Особую опасность представляют лица с бредовой и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Все они стремятся поступить на службу в ОВД только по бредовым мотивам с целью обрести защиту от мнимых врагов, получить возможность самим, по их мнению, «на законных основаниях» активно преследовать мнимых недоброжелателей, получить доступ к оружию, которое по их мнению является определенной гарантией личной безопасности.

Анализ причин убийств и тяжких телесных

повреждений, совершенных бывшими сотрудниками органов внутренних дел свидетельствует, что примерно в 17% случаев данные действия совершены психически больными, а из числа всех насильственных преступлений, совершенных бывшими сотрудниками ОВД до 95% приходится на долю вменяемых имеющих те или иные психические аномалии [1,3,4].

В качестве побудительных причин, определяющих смену профессии у лиц с невротическими и невротоподобными нарушениями, на первом месте стоят нарушения социальной адаптации, возникшие вследствие выраженных психастенических, тревожных, обсессивных или обсессивно-фобических расстройств.

Данная категория лиц полагает, что военная дисциплина и субординация значительно облегчат их профессиональную деятельность, упростят меж-

личностные контакты, а присвоение специального звания придаст им определенную уверенность.

Акцентуированные характерологические особенности при наличии благоприятных условий социальной среды создают предпосылки для общественно ценного развития личности. Однако заострение некоторых личностных черт в экстремальных условиях может снизить адаптивные возможности личности, явиться почвой внутриличностных и межличностных конфликтов.

Таким образом, проблема совершенствования методов психиатрического и психофизиологического отбора в органы внутренних дел является актуальной задачей ведомственной психиатрии. Ее успешное разрешение должно оказать значительное влияние на повышение эффективности деятельности органов внутренних дел.

О.В. Абрамов

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОГО ОГЛЯДУ ОСІБ, ЩО НАДХОДЯТЬ НА СЛУЖБУ В ОРГАНИ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецькій державний медичний університет

У даній статті проведений детальний аналіз даних психіатричного огляду осіб, що надходять на службу в органи внутрішніх справ. Дано соціально-демографічну характеристику досліджуваного контингенту. Розглянуто поширеність і структура психічних захворювань знову прийнятих у міліцію. Дано короткий аналіз мотивів і причин надходження на службу. Обґрунтовано необхідність подальшого заглибленого вивчення запропонованої теми з метою підвищення ефективності діяльності органів внутрішніх справ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 59-64)

A.V. Abramov

TOTAL CHARACTERISTIC OF ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC EXAMINATION OF FACES GOING ON A SERVICE AT LAW-ENFORCEMENT BODIES

Donetsk state medical university

In the given article the in-depth study of the data of psychiatric examination of faces going on a service at law-enforcement bodies is conducted. Dan the social - demographic characteristic of a studied quota. The abundance and frame of mental disorders again received in militia is reviewed. To give the brief analysis of motives and causes of entry on a service. The necessity of the further detailed analysis of an offered subject is justified with the purpose of increase of efficiency of activity of law-enforcement bodies. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 59-64)

Литература

1. Виноградов М.В., Буйлов Н.К., Варламов В.А., и др. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел. М. — 1982. — 132с.
2. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. - М., 1983 - Т.1. - С. 77.
3. Ануфриев М.И. Проблемы профилактики суицидів серед

працівників органів та підрозділів внутрішніх справ України // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика. Київ. 2000. С. 5-10.

4. Помазкин Н.А. Диагностика факторов риска психогенных расстройств у курсантов военных учебных заведений. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.18 / Воен.-мед. акад., 1995. - 17с.

Поступила в редакцию 28.09.03

УДК. 612.821.2 – 058:51.001.57

*В.А. Максимович, О.С. Горецкий, Н.Г. Кришталь, И.И. Солдак, Н.И. Тараната***ФУНКЦИЯ ВНИМАНИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИЙ И ЕЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ**

Донецкий национальный университет, Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Черкасский институт пожарной безопасности, Украина

Ключевые слова: функции внимания, математическая модель, ликвидаторы аварий

В самых благоприятных условиях внешней и внутренней среды внимание обязательно участвует в обеспечении любого вида деятельности: труда, учебы, игры. Но особенно важно внимание для качества деятельности в экстремальных условиях. Оно необходимо для выяснения обстановки, синоминутной величины и динамики каждого в отдельности фактора среды и их полного набора, а также для контроля собственного психофизиологического состояния, речевых и иных команд, сообщений (сигналов) от товарищей и т. п. Однако только для отдельных специальностей (например, операторов, горнорабочих, спортсменов...) были проведены целенаправленные исследования функции внимания [1, 2, 3]. Эти исследования облегчают понимание роли внимания для обеспечения деятельности не только в указанных, но и других условиях. Однако гипотетические обобщения должны быть проверены. Особенно для случаев деятель-

ности в специфических экстремальных условиях, например, ликвидации аварий, пожаров, катастроф.

В предыдущих научных разработках [4] были обоснованы алгоритм формирования мотивации деятельности в экстремальных условиях, модель функциональной структуры деятельности и формализованный способ оценки эффективности достижения фактического результата.

Исходя из сказанного, научной, практической значимости и актуальности проблемы, излагаемые ниже материалы посвящены решению двух задач:

1) установлению влияния внимания на эффективность профессиональной деятельности ликвидаторов аварий, пожаров и иных чрезвычайных ситуаций;

2) построению средствами точных наук модельного отображения закономерностей функционирования внимания.

Материал и методы исследования

Обследовано около 200 профессионалов по ликвидации аварий и пожаров. Различные свойства внимания (объем, концентрация, переключение, распределение) определяли на специальном приборе [1], а также по разработанному авторами статьи компьютеризованному способу. В соответствии с последним на экране компьютера в случайно выбранных участках предъявляли для подсчета световые сигналы. Место и количество (от 1 до 9) одновременно высвечиваемых сигналов изменяли в случайном порядке. Время экспозиции (высвечивания) каждого предъявления сигналов составляло 100 мс. Обследуемый на каждое предъявление сигналов, подаваемых через строго ограниченные промежутки времени, должен был с помощью клавиатуры компьютера как можно быстрее и точнее определить количество и месторасположение одновременно высвеч-

енных сигналов. Начиная со второй минуты процедуры при каждом ошибочном ответе или его отсутствии подавали звуковой сигнал и показывали накопление ошибочных ответов. По окончании двухминутного теста автоматически компьютер выдавал результаты времени и точности (безошибочности) ответов.

Величину каждого свойства внимания (V_i) рассчитывали по уравнению:

$$V_i = \left(\frac{m}{M}\right)^p, \quad (1)$$

где M – максимально возможное количество воспринятых сигналов за заданное тестом время;

m – фактическое количество безошибочно воспринятых сигналов.

Как видно, шкала оценок находится в диапазоне от нуля до единицы: при $m = 0$ будет $V_i = 0$; при $m = M$ будет $V_i = 1$.

Результаты исследования и их обсуждение

По всем исследованным свойствам внимания обнаружено, что у 20 — 25% лиц показатели были повышенными и высокими и примерно у такого же количества — пониженными. Возник вопрос об индивидуальной устойчивости этих величин, учитывая их колеблемость от случайных и иных неучтенных влияний. Для ответа на этот вопрос у группы из 8-ми человек показатели определяли по несколько раз на протяжении месяца. Рассчитывали с помощью дисперсионного анализа общее, случайное и факториальное варьирование. Оказалось, что межиндивидуальные различия высоко достоверны, их влияние составляло более половины влияния всей суммы факторов (случайных, внутрииндивидуальных) и в среднем равнялась 68% от общей дисперсии.

По каждому свойству внимания были проанализированы распределения его величины во всей обследованной группе. Оказалось, что распределение свойств соответствовало (было близко) нормальному. Для проверки существенности различия найденных эмпирических зависимостей от предполагаемой теоретической зависимости (закон нормального распределения) был применен критерий λ (лямбда) Колмогорова [5]. Расчет показал, что при $\lambda < 0,01$, отсутствие расхождения между сравниваемыми распределениями достоверно ($p < 0,05$). Поэтому для научно-практических целей распределение свойств внимания можно аппроксимировать функцией (законом) нормального распределения.

Учитывая характер распределения свойств внимания, были определены величины взаимосвязи свойств между собой. Для этого рассчитали корреляционные отношения [6]. Как показал корреляционный анализ, свойства внимания нельзя считать полностью независимыми друг от друга. Степень взаимосвязи не высокая (корреляционное отношение $\eta = 0,3$), но достоверна. Для предсказательных целей эти величины не очень велики, но для анализа общих закономерностей изменения оправданы.

С другой стороны, из изученных свойств внимания наиболее важными для лиц с экстремальными профессиями оказались свойства переключения и объема. Они более тесно и достоверно коррелируют с показателями успешности профессиональной деятельности, определяемой по [4].

Дальнейший анализ позволил выявить еще одну закономерность. Группы с полярным уровнем внимания отличались по внутренней орга-

низации психофизиологической сферы. У лиц с повышенным уровнем внимания сильных корреляционных связей ($\eta > 0,5$) между разными качествами было в 2,5 раза больше, чем в группе лиц с пониженным уровнем внимания. У последних количество сильных связей не превышало 7. Но слабые связи потенциально обеспечивают, как известно, лучшую адаптацию к новым условиям, особенно на стадиях обучения, упражнения, тренировки.

Вышеизложенные результаты собственных исследований, еще более широкие накопившиеся сведения о механизмах внимания, а также продвижение общенаучных точных представлений позволяют реализовать моделирование внимания. Но в начале приведем некоторые дополнительные обоснования.

Прежде всего остановимся на элементарном временном интервале (τ) акта внимания. Очевидно интервал состоит из двух слагаемых. Первое — время (τ_ϕ) задержки (фиксации) внимания на одном отдаленно взятом объекте из некоторой однородной их совокупности (цифр, букв, колец Ландольта, иных). Второе — время (τ_n) переключения (перемещения, перевода, перескока) внимания с одного объекта из той же совокупности к следующему. При однородных объектах время перевода внимания от объекта к объекту принимают константным. Наиболее соответствует ему среднее время перемещения внимания, так как в элементарном акте его случайные колебания относительно малы, по сравнению со средней величиной.

Итак, элементарный временной акт внимания равен:

$$\tau = \tau_\phi + \tau_n \quad (2)$$

Реальное время проявления любого свойства внимания (концентрации, переключения, распределения, иного) состоит из суммы (Σ) нескольких элементарных актов — двух, трех, n -го количества ($2\tau, 3\tau, \dots n\tau$):

$$n\tau = \Sigma (\tau_\phi + \tau_n) \quad (3)$$

Приведенный анализ временной координаты в процессах внимания позволяет опереться на методологическую базу одной из точных наук — синергетику [7].

Переключение внимания с точки зрения синергетики, современной представительницы точных наук, представляет собой бифуркационный процесс. При этом концентрацию внимания можно считать первым его этапом, когда внимание направлено лишь на один объект. Внимание

последовательно раз за разом останавливается и вновь направляется на тот же объект. Интервал времени наблюдения этого единичного объекта не превышает предельно допустимого, т.е. до выключения от утомления или других причин. После интервала реституции аппарата внимания оно вновь обращается к тому же объекту. Так может происходить много раз, что и называется концентрацией, внутри которой на самом деле есть малые перерывы, часто незамечаемые ни субъектом, ни экспериментатором. Подобный процесс происходит и при буквальном переключении внимания с одного на другой, третий и т.д. объекты.

Соответствие переключения внимания с этапом концентрации синергетической концепции подтверждает и принятое большинством психофизиологов наиболее убедительное объяснение одномоментности (симультанности) опознания. Согласно этой концепции [8, 9], в памяти человека содержатся интегральные перцепты, каждый из которых отражает в своем целостном образовании главные признаки некоторого класса объектов. При опознании какого-то конкретного объекта он сравнивается с классами и относится к одному из них. Присутствующие в опознаваемом объекте не характерные для класса признаки индивидуализируют его внутри класса.

Только что изложенное концептуальное представление об интегральном классовом перцепте ничем существенным не отличается от понятия аттрактор (притягиватель) в синергетике. Аттрактор, активно притягивая некоторый класс объектов, тем самым дифференцирует их от остальных объектов. Но синергетика дает не только сходную общенаучную концепцию, но предлагает соответствующий математический аппарат моделирования подобных явлений (процессов) в самых различных областях науки [7, 10].

В вышеизложенном синергетическом смысле численные характеристики (например, количество объектов внимания) единого процесса концентрация — переключение внимания зависит от уровня управляющих параметров в единой модели, отражающей анализируемый процесс. В системе любой деятельности управляющим параметром для субъективности внимания служит мотивация. Ее уровень представляет силу, дающую также качественные переходы от свойства к свойству внимания (см. ниже). Напомним, что внимание в системе деятельности выступает индикатором внутреннего состояния и динамики звеньев системы, а также внешних

воздействий. Кроме того, вышеизложенные соображения приводят к заключению, что наиболее подходящей моделью для описания внимания можно считать так называемую квадратичную форму. Ее общие преимущества и возможности изложены в книге В.А. Максимовича и соавт. [11]. Кроме того, в нижеприведенной модели учтены закономерности еще одной представительницы точных наук — так называемой обобщенной термодинамики [12], входящую также в синергетику.

Состояние внимания до его активации, условно называемое рассеянным, в модели (4) соответствует исходному уровню. Динамику внимания от этого уровня (4) и в любые последующие моменты от активированных уровней (5) можно описать следующим образом:

$$B_{\tau} = B_0 [\lambda(B_{\infty} - B_0) + 1], \quad (4)$$

$$B_{(n+1)\tau} = B_{n\tau} [\lambda(B_{\infty} - B_{n\tau}) + 1], \quad (5)$$

где B_0 — исходный уровень внимания;

B_{∞} — максимально возможная величина показателя свойства внимания в масштабе его изменения $0 \dots 1$; $B_{\infty} = 1$;

$B_{n\tau}$, $B_{(n+1)\tau}$ — в итерационном процессе каждый раз соответственно предыдущая и последующая во времени величина показателя внимания;

λ — управляющий параметр, композиционный сочетающий мотивационный потенциал (М) и адаптивность (А): $\lambda = MA$. В λ имплицитно включена операция упорядочения размерностей в модели.

В диапазоне $3 < \lambda < 3,575$, который представим как $3000 \cdot 10^{-3} < \lambda < 3575 \cdot 10^{-3}$, где 10^{-3} знаменатель, переключение внимания отображает ряд четных (кратных 2) цифр числителя — 3000, 3002...3574, а распределение внимания отображает ряд нечетных цифр числителя — 3001, 3003...3575.

Как видно из модели, в ней нет ни одного произвольного параметра, все они содержательны. Модель первичной активации (4) и модель итерации активированных уровней (5) дает следующую содержательную интерпретацию:

При управляющем параметре в диапазоне его величин $0 < \lambda \leq 1$ ($\lambda = 0$ соответствует отсутствию сознания) любая начальная величина произвольного или произвольного сдвига внимания постепенно снижается и в пределе через n элементарных интервалов времени внимание возвращается к исходному уровню, бывшему до сдвига.

В диапазоне величин управляющего параметра $1 < \lambda \leq 3$ внимание приобретает новый устой-

чивый уровень, превышающий исходный уровень. При этом повышение стабильно и равно $(\lambda - 1)/\lambda$. Именно в этом диапазоне управляющего параметра внимание получило у психологов и психофизиологов название концентрация или сосредоточение внимания.

В диапазоне величин управляющего параметра $3 < \lambda < 3,575$ происходит последовательное раздвоение (бифуркация) стационарных уровней. Вместо одного появляется два, затем четыре, потом восемь и теоретически может быть много больше. Причем, например, при двух уровнях внимание переходит от одного к другому, что соответствует его переключению с одного на другой объект. Аналогично с четырьмя и более стационарными состояниями.

Выше было сказано, что модель допускает множество стационарных состояний. Но практически применительно к ее использованию для описания переключения внимания бифуркационный ряд прерывается за некоторый реально заданный промежуток времени.

Переключение внимания представляет собой принципиально сукцессивный процесс (последовательно происходящий во времени, причем в данном случае прерывистый) с задействованием преимущественно одного анализатора. Распределение внимания отличается от переключения преимуществом симультанности, т.е. одновременности и полимодальности восприятия качеств объектов через разные анализаторы. В модель введен ключ-фильтр, аналог триггерного устройства для величин управляющего параметра λ . В одном положении ключа фильтр пропускает только четные (по числителю) величины λ , что запускает процесс переключения внимания. В другом положении ключа фильтр пропускает лишь нечетные (по числителю) величины λ из того же диапазона изменений $3000 \cdot 10^{-3} < \lambda < 3575 \cdot 10^{-3}$, что в модели сопоставлено с распределением внимания. При этом все вышеизложенное описание, весь его алгоритм, относящийся к переключению внимания, почти дословно воспроизводится с заменой термина переключение на распределение.

Модель дает возможность определить также устойчивость внимания, причем по любому качеству, как распределения, так и переключения. Для этого сравнивают сходимость экспериментальных данных с теоретическими, предсказываемыми моделью, при одних и тех же началь-

ных условиях. Достоверность расхождения (совпадения) эмпирического и теоретического рядов можно определить по одному из общепринятых статистических критериев.

Экспериментальная и теоретическая кривые могут достоверно не отличаться, но как говорилось выше, экспериментальные кривые обрываются при ограниченном количестве бифуркационных объектов. Это происходит как при переключении, так и при распределении внимания и по сути характеризует объем внимания с двух сторон. Компьютерные методы и численные решения на основе данных обследования человека позволяют получить обоснованные величины объема внимания у него.

При чрезмерном напряжении управляющих вниманием механизмов, что в модели отображено тем, что λ превышает 3,575, в динамике внимания происходят серьезные изменения. Оно становится хаотичным, не способным проявлять свои качества, т.е. расстраивается, нарушается. Это явление получило название детерминированный хаос, так как детерминировано конкретным воздействием управляющего параметра — главным образом запредельной мотивацией. С другой стороны, у некоторых людей мотивация не активируется в должной мере, не формируется [13]. В результате внимание остается рассеянным, соответствующим в модели управляющему параметру $\lambda < 1$.

Модель пригодна (работает) для описания как внешнего отслеживания, так и для наблюдения за собственными психопроцессами.

Таким образом, предложенная математическая модель учитывает и позволяет характеризовать свойства внимания: его исходное или неактивированное рассеянное состояние, концентрацию, переключение, распределение, объем, устойчивость, а также наступление расстройств при чрезмерной или недостаточной активации управляющих механизмов.

Выводы

1. Индивидуальные отличия свойств внимания сопряжены с организацией связей в психической сфере и ограничено, но достоверно влияют на успешность профессиональной деятельности людей в экстремальных условиях.

2. Разработанная математическая модель отображает теоретически и позволяет практически охарактеризовать разнообразные свойства внимания и его расстройства.

ФУНКЦІЯ УВАГИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЙ І ЇЇ МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ

Донецький національний університет, Донецький державний медичний університет ім.
М.Горького, Черкаський інститут пожежної безпеки

Ціль дослідження: встановлення впливу уваги на ефективність професійної діяльності і побудова моделі закономірностей його функціонування.

Методи дослідження. Для визначення властивостей уваги проводилось двохвилинне апаратно-комп'ютерне тестування. Обстежуваним (200 ліквідаторам аварій і пожеж) у випадковому порядку подавались світлові сигнали через строго обмежені проміжки часу. Необхідно було швидко і точно визначити кількість і місце розташування одночасно висвічуваних сигналів. Результати часу і точності (безпомилковості) відповідей автоматично видавались комп'ютером і представлені в нормованій шкалі 0...1 умовних одиниць.

Результати дослідження. Виявлені достовірні індивідуальні розходження функцій уваги у ліквідаторів аварій і пожеж. Розподіл властивостей уваги вірогідно не відрізняється (за критерієм Колмогорова) від нормального закону Гаусса.

Властивості уваги взаємозалежні між собою на рівні 0,3 кореляційного відношення. Вони зв'язані з показниками інших психічних функцій, особливо тісно в осіб, що віднесені до групи з гарною їх якістю. Існує власний час процесів уваги, що має елементарний часовий акт. Реальний час прояву будь-якої властивості уваги складається з декількох елементарних тимчасових актів.

Представлена розроблена математична (синергетична) модель, що характеризує практично усі функції уваги: концентрацію, переключення, розподіл, обсяг, стійкість, а також настання їх розладів при надмірній (хаотична динаміка) чи недостатній (розсіяна увага) активації керуючих механізмів.

Висновки. Індивідуальні відмінності властивостей уваги сполучені з організацією зв'язків у психічній сфері й обмежено, але вірогідно впливають на успішність професійної діяльності людей в екстремальних умовах.

Розроблена математична модель відображає теоретично і дозволяє практично охарактеризувати різноманітні властивості уваги і її розладу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 65-69)

V.A.Maximovich, O.S.Goretsky, N.G.Krishtahl, I.I.Soldak, N.I.Tarapata

FUNCTION OF ATTENTION AND ITS MATHEMATICAL MODELLING FOR PROFESSIONAL RESCUERS

Donetsk National University, Donetsk State Medical University, Cherkassy Institute for Fire Safety

Purpose of research: to determine how properties of attention contribute to the success of professional activities; modelling of the function of attention.

Methods used for research. A series of computer-aided tests were conducted, each lasting for two minutes, to determine properties of the function of attention. Group under examination consisting of 200 participants (professional rescuers and fire-fighters) were exposed to random light signals at limited intervals. The participants were supposed to quickly and accurately determine quantity and source of simultaneous flashes. The results were automatically displayed using "0" to "1" scale in conventional units.

Results of research. It has been proven that participants to recovery operations have individually different functions of attention. Distribution of properties of attention are no different from standard Gauss law (according to Kolmogorov's criterion).

Properties of attention are interconnected at a level of 0.3 correlation ratio depending on some other psychic functions, which is especially valid for individuals with high quality of such functions. There exists individual time period for attention-related processes with elementary time act. Real time for any manifestation of any property is the result of several elementary time acts.

Mathematical (synergic) model has been developed to define almost all functions of attention: concentration, shifting, distribution, volume and stability, as well as their disorders under excessive (chaotic dynamics) or insufficient (dispersed attention) activation of control mechanisms.

Conclusions. Individual properties of attention depend on pattern of connections in psychic sphere and produce proven though limited effect upon activities of professionals under extremal conditions.

This mathematical model shows theory behind properties of attention and its disorders and helps characterize them practically. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 65-69)

Литература

1. Кудинова Т.В., Максимович В.А. Психофизиологические аспекты безопасности труда горнорабочих. — М.: ЦНИИУголь, 1985. — 34 с.
2. Верченко Н.В. Повышение эффективности труда операторов энергоблоков путем совершенствования их внимания. — Автореф... канд. биол. наук. К., 1987. — 24 с.
3. Романенко В.О. Физиологічне обґрунтування професійно орієнтованої фізичної підготовки. — Автореф... докт. биол. наук. — К., 1994. — 51 с.
4. Кришталь М.А., Максимович В.О. Оцінка ефективності професійної діяльності ліквідаторів пожеж // Вісник товариства ім. Т.Г. Шевченка. — К., 2002. — С. 25-29.
5. Жовинский А.Н., Жовинский В.Н. Инженерный экспресс-анализ случайных процессов. — М.: Энергия, 1979. — 112 с.
6. Ферстер Э., Ренд Б. Методы корреляционного и регрессионного анализа. — М.: Финансы и статистика, 1983. — 302 с.
7. Капица С.П., Курдюмов С.П., Малинецкий Г.Г. Синергетика

- и прогноз будущего. 2-е изд. — М.: Эдиторал УРСС, 2001. — 288 с.
8. Шехтер М.С. Зрительное опознание: закономерности и механизмы. — М.: Педагогика, 1981. — 264 с.
9. Шехтер М.С. Проблемы опознания // Познавательные процессы: ощущения, восприятие. — М.: Педагогика, 1982. — С. 300 — 330.
10. Максимович В.А., Беспалова С.В. Математическое моделирование в медицинской биофизике. — Донецк: Изд-во Донецкого национального университета, 2002. — 204 с.
11. Максимович В.А., Мухин В.В., Беспалова С.В. Медицинская психофизика. — Донецк: Изд-во Донецкого национального университета, 2001. — 150 с.
12. Максимович В.А. Эргометрическая устойчивость человека. — К.: Здоров'я, 1985. — 128 с.
13. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических состояний). — М.: Изд-во Московского университета, 1984. — 200 с.

Поступила в редакцию 14.09.03

УДК 37.02(077)

*С.О.Гримблат, И.К.Сосин, Ю.А.Черный***МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАЛЕОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В УЧЕБНЫХ ПЛАНАХ И ПРОГРАММАХ ВУЗОВСКОГО ОБУЧЕНИЯ МЕНЕДЖМЕНТУ**

Харьковский институт Межрегиональной академии управления персоналом

Ключевые слова: валеопсихология, рекреация, вузовское обучение

По общепринятому мнению отечественных и зарубежных исследователей восстановление экономики любой страны, оказавшейся в тяжелом кризисном состоянии, возможно лишь при условии подготовки популяции новой гуманитарной и технической элиты. Не случайно теория и практика отечественного менеджмента стали одной из актуальнейших современных проблем, которая широко освещается в фундаментальных монографических исследованиях, ведущих научно-практических журналах, многочисленных статьях [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Сама по себе выдвинутая идея, созданная оригинальная концепция, а также начатая вузовская комплексная и дифференцированная подготовка собственной школы элитарных кадров руководителей не по партийным, а по деловым, высокопрофессиональным и личностным критериям, является своего рода прорывом в традиционно сложившейся системе взглядов и устаревших устоев менталитета. Несомненно, что такие процессы — свидетельство и отражение происходящих в стране демократических преобразований.

Анализ данных литературы и наш многолетний опыт управления кадрами позволяют с уверенностью утверждать, что теоретические модели отечественных менеджеров всех уровней уже созданы, разработаны основные критерии их вузовской подготовки, осуществлена соответствующая реорганизация учебных планов и программ («ориентация педагогической системы подготовки специалистов на управленческую деятельность»). Это чрезвычайно актуально, прежде всего, потому, что в оценке нынешней кадровой ситуации в Украине специалисты едины во мнении: имеется острейший дефицит высококвалифицированных управленцев-профессионалов, организаторов производства, профессионально подготовленных управляющих менеджеров, «менеджеров новой формации», «но-

вой генерации», «руководителей-лидеров нового типа», «кадрового потенциала рыночных и демократических преобразований», «специалистов XXI века» [6, 7, 8, 9].

Созданный коллективным творчеством ведущих зарубежных и отечественных ученых и специалистов современности «интегральный регистр функциональных обязанностей» и прогностический «портрет личностных свойств и качеств» формирующейся в стране современной и будущей элитарной прослойки руководителей, менеджеров, довольно обстоятелен и многогранен.

На первый план выдвигаются высокие профессиональные знания, умения, навыки, генетически заложенные или приобретенные задатки руководителя, отдающего предпочтение бизнесу, желающего и способного много и продуктивно работать, честно зарабатывать и, как награда, иметь достойный уровень жизни. Алгоритмы функциональных обязанностей и личностных особенностей современного руководителя включают также: умение стратегически, государственно мыслить, владеть антиципацией, т.е. панорамным предвидением (в т.ч. интуитивным), предвосхищением, стратегическим мышлением акцентированная способность к стратегическому планированию и прогнозированию [10], быть патриотически настроенным, уметь обеспечивать выживание предприятия в условиях динамических мобильных рынков, коммерциализации муниципальных производственных отношений, утверждения механизмов местного самоуправления и территориальной низовой демократии, а также уметь реагировать на импульсы, идущие со стороны социальных систем, способность вести дискуссию и аргументировать свою позицию, постоянное стремление к получению новых знаний. Все это — необходимые качества управленцев нового типа, «кадровое сопровождение рыночных реформ».

Именно поэтому, как свидетельствует мировой опыт, ведущие управленческие должности занимают менеджеры гуманитарной направленности склада ума, получившие специальное (профильное) вузовское образование.

В литературе широко представлены и другие психологизированные качества личности гуманитарной и технической элиты: своевременное принятие перспективных решений в части ресурсов и их распределения; стремление умножать число обязанностей за счет увеличения масштабов деятельности или ее переориентация на более технологический уровень; способность критической самооценки и императивного избегания продолжительного пребывания в «зоне психологического комфорта», что не исключает наличия уверенности в собственных силах и восприятия неудач как временных, иницилирующих активные мотивации, эпизодов; стремление располагать значительными правами и взятием на себя большей ответственности; склонность к интегральному анализу хода развития сложных процессов и критических ситуаций; идентификация работы как главного жизненного достояния и ценности, в которую вкладываются талант, способности и силы; обладание когнитивной оценкой таких собственных действий, которые не всегда согласовываются с окружающими; фокусировка внимания на решении проблем, а не на поиске виновных в промахах; включение в состав рабочих групп подчиненных, не боящихся разумного риска и самостоятельных решений; отношение к реализуемым идеям и результатам их внедрения как к интеллектуальной собственности [11, 12]. Современный руководитель должен владеть научно обоснованной тактикой повседневного побуждения сотрудников к продуктивной и эффективной работе [13]. С этой целью он должен владеть импровизацией в использовании механизмов как материальных, так и моральных стимулов-мотиваций. В соответствии с рубрификацией современного менеджмента, мотивации добивающихся успеха руководителей делятся на 5 разделов [14]: физиологические потребности (комфорт, уют и т.д.); потребность в безопасности (финансовой, экономической и др.); социальные потребности (межличностные потребности); интеллектуальные потребности (тяга к знаниям, потребность в информации и т.д.); духовные потребности (саморазвитие, самосовершенствование и т.д.). Как видно, это, в основном также психологизированные фрагменты личностного портрета организатора производства.

Как свидетельствует анализ публикаций за последние годы, междисциплинарные попытки исследователей (социологов, психологов, экономистов и т.д.) предусмотреть все сложные и меняющиеся ситуации производства, управленческой деятельности и варианты конкретного реагирования руководителя на них, неизбежно ведут к пополнению данного элитарного портрета все новыми обязанностями и чертами личности. Управляемцам предписывается «быть творцами и пользователями высших технологий». Им предстоит «становиться творческими, духовно богатыми высококонтрастными личностями, которым присуще чувство личной ответственности за судьбу нынешнего и будущих поколений, за состояние окружающей среды».

Вместе с тем, уже сейчас, всю имеющуюся в литературе и функциональных обязанностях информацию по проблеме «что должен», «что обязан» уметь делать, «какими личностными свойствами должен обладать» будущий руководитель в условиях нестабильности рыночной экономики, можно отнести к разряду труднообозримой. Напрашивается вопрос, а под силу ли это одной личности управляемца, будь он даже гениальным. Но, вместе с тем, практика показывает, что каскад проблем, который уже сейчас повседневно обрушивается на руководителя, является абсолютно реальным и неизбежным. Мало того, по мере роста проблемных ситуаций в экономике и других социальных системах, труд руководителя, по мнению и прогнозам ведущих ученых, будет и дальше еще более усложняться [3]. Каков же выход из положения? Однозначного ответа нет.

В этой связи, необходимо прежде всего вспомнить о таких аксиомных понятиях как «пределы физиологических (физических, психологических, психических) возможностей человека», «психическое и физическое утомление и переутомление», «трудовая дезадаптация вследствие хронических перегрузок, стрессов». Трудно представить организатора современного производства, работающего в форсажном изнурительном режиме, пребывающего большую часть суток в галстук, чтобы его миновали данные проблемы, будь он даже предельно выносливым.

Среди причин, вызывающих физические, психологические перегрузки, стрессовые состояния у лиц управленческой деятельности особо выделяются: высокая ответственность, дефицит времени, информационная неопределенность в процессе принятия многих решений в критической обстановке и малая прогнозируемость их

результативности. Немалых расходов управленческой энергии требует как общение с большим количеством людей - представителей других фирм и контролирующих органов, сотрудников, так и необходимость оперативного когнитивного переключения с одной проблемы на другую, а также результативного реагирования на множество текущих вопросов. Привносит дополнительное психологическое напряжение обязанность руководителя импровизировать манеру общения, молниеносно адаптируя ее к социальному статусу и личностным особенностям собеседника. В технологические аспекты рабочего дня входят также педагогические, воспитательные, дисциплинарные функции руководителя. Одно лишь пребывание в постоянном состоянии самоконтроля даже у очень сильного и волевого руководителя может вызвать психическое утомление, физическую усталость и возможность принятия не лучших решений [15].

Вместе с тем, проблема психологического и физического восстановления (рекреация), руководителей современного и будущего производства до настоящего времени в системном аспекте фактически не разрабатывались. Не изучены научно-организационные основы оптимизации условий производства и непосредственно управленческой деятельности менеджеров, не созданы научно обоснованные рекомендации для руководителей по профилактике переутомления и быстрого восстановления с целью поддержания стабильной управленческой энергии и ее позитивной реализации. Вопросы обучения основам рекреации не предусмотрены (в качестве актуальной инновации) в учебных планах и программах дифференцированной вузовской подготовки управленческих кадров, не создана целенаправленная организационная структура рекреации. Каждый руководитель, в связи с этим, решает эти важные для себя, его бизнеса и государства вопросы стихийно, методом проб и экспериментирования на своем здоровье, нередко ошибочно избирая для себя в качестве индивидуальных релаксантов алкоголь, никотин, а в ряде случаев и наркотики (т.н. «рекреационные наркотики» - по международной терминологии).

Целью настоящей работы, являющейся по сути первой попыткой привлечь внимание специалистов всех рангов к актуальнейшей проблеме — рекреации лиц управленческой элиты с ненормированным рабочим днем, повседневными изнуряющими нагрузками (психологическими, психическими, физическими), т.е. руководителей, поддержание позитивной управленческой

энергии которых имеет общегосударственную значимость. Идея состоит в том, чтобы на основании целенаправленного научного изучения особенностей и специфики труда отечественного руководителя в современных и прогностических ситуациях, от которого в значительной степени зависит будущее Украины, а также обобщения рекреационного опыта экономически развитых стран, обосновать, поставить вопрос и поэтапно создать в структуре комплекса функционирующих социальных систем «*рекреационной системы*», одна из подсистем которой имела бы основной своей дифференцированной целью сохранение здоровья элиты управленцев, научно обоснованную профилактику, быстрое преодоление утомления и переутомления, поддержание (инкубацию) управленческой энергии, «валеопротекции», «валеоинкубации» (по нашей терминологии).

Кроме этих целей имеется и другой аспект: т.н. «рекреационная индустрия» стран Запада относится к одной из самых развитых, доходных, процветающих, престижных и элитарных сфер деятельности человека, в то время как в Украине она лишь стихийно зарождается, кое в чем медленно возрождается и в целом непродуманно развивается. Система рекреации могла бы стать существенным источником пополнения бюджета государства, тем более, что многочисленные предпосылки для этого традиционно имеются. В доказательство этого в литературе приводится весьма показательный пример Лас Вегаса, куда ежегодно приезжает 12 млн гостей, избравших краткосрочную форму отдыха в виде азартных форм разрядки и которые затрачивают на это 4,2 млрд долларов. От пустынной промежуточной станции в начале XX века Лас Вегас на этапе перехода в следующий век превратился в один из самых быстрорастущих городов США с более чем 1 млн населением (70% которого вовлечено в индустрию отдыха), здесь не только игорный бизнес, но и процветающий туризм круглосуточные развлечения, затрагивающие все органы чувств, заставляющих переживать разнообразие впечатлений и событий [16].

В связи с этим, отечественная психолого-педагогическая система вузовской подготовки и переподготовки управленцев должна быть дополнена целенаправленным изучением основ рекреации. Со студенческой скамьи будущие руководители должны ориентироваться в таких понятиях как адаптация, понимать, что, к примеру, социальная адаптация применительно к руководителю представляет процесс включения

личности в новую социальную ситуацию, в изменившиеся системы межличностных отношений; в процессе адаптации происходит существенная перестройка личности как результат тесного взаимодействия интересов, ценностей, установок организатора производства с коллективом. Именно широта адаптационных возможностей личности опытного руководителя определяет его жизненный успех, процветание бизнеса и степень здоровья также. Нужны основы представлений о процессах дезадаптации, декомпенсации, ресурсах личности, компенсации. В рамках рекреационной проблематики студент должен четко представлять работу успевающего руководителя не как синикуру, а как деятельность в условиях, близких к экстремальным.

Термин «рекреация» (от лат. *recreatio* — восстановление, отдых), как было отмечено выше, толковые словари трактуют как «восстановление сил, потраченных в процессе деятельности, требующей затрат умственной и физической энергии». При этом, время, в течение которого «утрачены силы» в существующих определениях не уточняется: это, к примеру, может быть интенсивная рабочая неделя, месяц, или даже один-два дня). Важно, что подразумеваются способы экспресс-восстановления. Следовательно, в терминологическом отношении «рекреация» и «отдых», не являясь абсолютно идентичными, они (термины) как бы взаимодополняют друг друга. Рекреация и отдых соотносятся как частное к общему. Более общее понятие «отдых» не идентифицирует людей по признаку «работает», «не работает», в то время как «рекреационная система» касается лишь работающих популяций. Она не может относиться к пожилому человеку-пенсионеру, находящемуся на заслуженном отдыхе. Кстати, словарь С.И.Ожегова трактует «отдых» не как состояние, а как «время для восстановления сил, свободное от каких-нибудь занятий, работы. «Советский энциклопедический словарь» (1980) под отдыхом понимает «состояние покоя либо такого рода деятельности, которая снимает состояние утомления и способствует восстановлению работоспособности». Хотя отдых и рубрифицируют на «пассивный» и «активный», все же в этом случае предполагается в большей степени пребывание вне какой-либо активности («ничегонеделание»). И, наоборот, рекреация тоже может достигаться элементами тривиального отдыха, но все таки чаще это активное состояние (встряска, переключение на другой вид деятельности, погружение в мир увлечений, феномен хобби и т.д.). Право работаю-

щего человека на восстановление сил имеет и юридическое подкрепление в форме определенной продолжительности рабочей недели, выходных дней, отпусков (как временного освобождения от работы для отдыха). Но управленцы, как правило, имеют т.н. «ненормированный рабочий день», т.е. в зависимости от производственной необходимости, не исключается непрерывная многочасовая работа.

В отношении широко известного термина «реабилитация» подразумевается наличие возникшего у человека болезненного состояния и проведение, в связи с этим, комплекса лечебно-восстановительных мероприятий с целью достижения утраченной социальной, трудовой, семейной адаптации.

Научной базой «превентивной рекреации» (по нашей терминологии), в соответствии с предлагаемой концепцией, становится валеопсихология как новая отрасль научных знаний, которая интегрирует в системном аспекте два понятия – «здоровье» и «психология» с позиций социального и личного статусов руководителя [17]. Термин валеология, как известно, семантически ассоциируется с понятием «здоровье», «валидность»; «психология» — наука о закономерностях, развитии и формах психической деятельности.

Из этого становится очевидным, что основной целью «превентивной рекреации» является предупреждение, профилактика и своевременное устранение у руководителя явлений усталости, утомления, переутомления путем использования новейших психокоррекционных и других технологий. Особенно критичным является инициальный период управленческой деятельности, когда еще руководитель не располагает достаточным опытом адаптации к новым условиям жизнедеятельности с ее дестабилизирующим потенциалом.

Центральным звеном валеопсихологии является оценка личности (как «единства чувств и оценок, стремлений и желаний» — по К.Шнейдеру) с точки зрения развития и закрепления таких биопсихосоциальных свойств, которые обеспечивают наилучшую адаптацию к производственной управленческой среде с целью ее результативного позитивного преобразования.

Учение о рекреационной системе базируется также на расшифровке и объективизации категорийного понятия «здоровье», которое в данном случае следует обобщенном виде трактовать с позиций способности индивида (управленца) адаптироваться к окружающей среде, возмож-

ности к самосохранению и саморазвитию, поддержанию и укреплению содержательной жизни во все более усложняющейся, зачастую весьма суровой и неблагоприятной среде и сфере «управленческого ареала». Модель современной управленческой практики диктует прежде всего приоритетность психического здоровья, оптимального психологического состояния кадров руководителей.

Хорошим теоретическим и прикладным информационным подспорьем в изучении рассматриваемых проблем могут стать ранее достигнутые успехи науки по изучению процессов психического утомления. Так, еще в 20-е годы прошлого века начали разработку психо- и психологических подходов к исследованию развивающихся состояний утомления у учащейся молодежи, педагогов, партийных работников, служащих финансовых и статистических учреждений, шахматистов и др. [18]. Было введено понятие «сенсомоторной гармоничности». В старых публикациях обсуждались вопросы «о посещении кинематографа как форме отдыха», «о влиянии солнечных ванн и холодного душа на состояние умственного утомления» и т.д. Следовательно, уже в те времена зародились ростки отечественной службы дифференцированной рекреации, которая впоследствии довольно успешно развивалась, а в период наступившего экономического кризиса практически распалась. В настоящее время можно говорить об этапе стихийного ее возрождения в условиях наступивших реалий. Безусловно, современная наука о рекреации должна использовать не только недостижимый опыт процветающих стран, но и более реальный как старый опыт, так и современные достижения отечественных специалистов. Формирующаяся отечественная рекреационная служба (ночные клубы, бары, кафе, дискотеки, бильярдные и т.д.) развиваются за счет открытия частных заведений, которые в своем выборе ассортимента популярных услуг в большей степени ориентируются на опыт западной рекреационной индустрии, а не на результаты объективного изучения спроса собственной клиентуры.

На данном этапе реализации концепции вузовской подготовки элиты руководителей в учебные планы и программы передовых вузов страны включаются разделы, являющиеся по сути фрагментами валеопсихологии и рекреационной системы, например: «Жизнестойкость руководителя в экстремальных условиях», «Психология жизненного успеха» (Национальный техниче-

ский университет «ХПИ»), «Стратегический менеджмент в системе образования» (Харьковский институт МАУП) и др. Появились отдельные сообщения, касающиеся проблемы повышения эффективности управленческой деятельности путем использования психологических, физических, а также многих других средств и методов эмоциональной разрядки [15]. В связи с этим даются рекомендации использования различных способов психологической разрядки, релаксации и быстрого восстановления высокой работоспособности. В основном они касаются одной из частных методик рекреации, а именно, — релаксации, направленных на «приведение в норму эмоционального состояния. Под релаксацией (от лат. *relaxatio* — уменьшение напряжения, ослабление) понимается состояние покоя, расслабленности после снятия напряжения у субъекта деятельности. Формулируются задачи релаксации: а) снятие усталости; б) преодоление стрессовых состояний; в) профилактику психических срывов. Рубрифицируются способы релаксации на активные (не связанные непосредственно с профессиональной деятельностью руководителя и требуют для своего осуществления определенных волевых усилий: спорт, физкультура, рыбалка, охота, увлечение искусством, чтение, коллекционирование) и пассивные, специально не требующие видимых произвольных умственных и физических усилий и которые все основное свое воздействие оказывают на эмоциональную сферу личности. Выделяются также специальные способы, требующие содействия специалистов и применения специальных методик релаксации (лечебный сон, аутотренинги, медитация и др).

Вместе с тем, современных разработок, посвященных важнейшей проблеме рекреации управленческой элиты, научно обоснованной их валеопротекции, крайне недостаточно, отдельные сообщения носят фрагментарный, нередко дискуссионный характер. Проблема рекреации, еще не выделена в ряд неотъемлемой составной части вузовской подготовки будущих управленцев. Фундаментальной разработке психологических аспектов вузовской подготовки кадров в Украине посвящены лишь единичные публикации [19].

В Харьковском институте МАУП проблемы валеопсихологии и рекреации отражены в комплексной научной программе «Поиск средств и методов психологической оптимизации управления персоналом, бизнесом и образованием», данная проблематика включена в учебные планы и программы. С основами и спецификой уп-

равленческой деятельности студенты знакомятся начиная со стажировок в государственных и частных учреждениях и кончая выполнением соответствующих тем дипломных работ.

Проведенные специальные методы конфиденциального интервьюирования показали, что многие руководители предпочитают экспресс-рекреацию в элитных ночных клубах. Объектом исследования в рамках дипломной работы студентки-выпускницы института (Т.А.Фурса, 2002) стал один из элитных клубов рекреационной направленности. Спрос на такие формы отдыха за последние годы, как установлено, резко возрос. Выросло и число таких учреждений, особенно в крупных городах.

Были изучены различные аспекты деятельности ночного клуба. Его клиентами являются лица среднего и высокого уровня достатка, клуб является довольно популярным и рентабельным. Предлагаемые услуги: музыка, танцы, шоу-программа, ведущий диджей, питание по меню заказных блюд, алкогольные напитки, сигареты, сигары. Посетители клуба — в основном молодые бизнесмены (до 40 лет) и молодые девушки (20 — 25 лет). Посещают клуб также семьями (если с детьми, то до 23 час). Состав обслуживаемого персонала: менеджеры (13,3%), бармены (13,3%), официанты (50%) поварский состав (13,3%), охрана (10,0%). Оказалось, что, несмотря на довольно высокую зарплату, имеет место высокая текучесть кадров официантов. Были изучены особенности условий работы персонала: ночное время (с 19.00 до 6.00); аритмичность рабочих нагрузок (наибольшее напряжение на ночное время пятницы, субботы и воскресенья); повышенный музыкально-звуковой режим; осо-

бенности освещения (полумрак, световые спецэффекты); работа с подвыпившими клиентами; возникновение конфликтов в системах «персонал-клиент», «клиент-клиент», «персонал-персонал». На основе социометрических исследований (тест «Новый коллектив»), теста «Диагностика социально-психологической напряженности», Методики диагностики межличностных отношений Т.Лири, опросника «САН» был изучен психологический климат коллектива, проанализированы и классифицированы конфликты, проведены психологические тренинги с персоналом. осуществлен скрининг степени удовлетворенности клиентов отдыхом в ночном клубе. Разработаны практические рекомендации оптимизации рекреационных услуг в ночном клубе, реализация которых оказалась результативной.

В институте выполнены и выполняются дипломные работы, тематика которых затрагивает другие многочисленные аспекты дифференцированной рекреации и валеопсихологии, адресованной управленческим кадрам.

Таким образом, изучение основ данных наук будущими управленцами и переподготовка ныне действующих руководителей, выполнение специальных научных программ, научная проработка разрозненно существующих и стихийно создаваемых рекреационных заведений с точки зрения единой социальной системой и доходной государственной индустрии, создание соответствующей законодательной базы, подготовка менеджеров службы рекреации — все это проблемы общегосударственных масштабов, тем более, что новая отечественная рекреационная система лишь формируется.

С.О.Гримблат, І.К.Сосін, Ю.А.Чорний

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВАЛЕОПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕКРЕАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УЧБОВИХ ПЛАНАХ ТА ПРОГРАМАХ ВУЗІВСЬКОГО НАВЧАННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ

Харківський інститут Межрегіональної академії управління персоналом

На підставі всебічної презентації психологізованої моделі вітчизняного менеджера нової формації, адаптованої до специфічних умов сучасної керівницької діяльності, з'ясовані головні напрямки вузівської підготовки гуманітарної та технічної еліти. Обговорюються методологічні підґрунтя валеопсихологічної рекреативної системи, які повинні стати невід'ємною складовою навчальних планів та програм вузівського навчання менеджменту. Викладена позиція і досвід авторів щодо розробки даної проблеми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 70-76)

METHODOLOGICAL FUNDAMENTALS OF VALEOPSYCHOLOGIC OF A RECREATIONAL SYSTEM IN THE EDUCATIONAL SCHEDULES AND PROGRAMS OF HIGH SCHOOL TRAINING TO MANAGEMENT

The Kharkov institute of Inter-regional academy of control of staff

It is ground of comprehensive presentation psychologic of model of the domestic manager of a new formation adapted to specific conditions of modern managing activity, the mainstreams of high school opening-up of humanitarian and technical superstrain are detected. The methodological approaches valeopsychologic of a recreational system are discussed, which one should become of the integral compound educational schedules and programs high school training of management. The stand and experience of the writers concerning mining the given problem is set up. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 70-76)

Литература

1. Щекин Г.В. Социальная теория и кадровая политика: Моногр. - К.: МАУП, 2000. - 576 с.
2. Людство і людина: Навч.-метод. Посіб.: (у 3 т.) / Авт.-уклад. Г.Щокін. - К: МАУП, 2002. - - Т. 1. - 576 с.
3. ТОВАЖНЯНСКИЙ Л.Л. Значение психолого-педагогической и управленческой подготовки инженеров. /Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, соціологія. № 3(4), 2001. - С. 3 – 9.
4. ТОВАЖНЯНСКИЙ Л.Л., РОМАНОВСКИЙ А.Г. Методологические основы педагогической системы подготовки инженеров к управленческой деятельности. /Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія. - № 2 (3), - 2001. - С. 3 – 14.
5. Романовський О.Г. Підготовка майбутніх інженерів до управлінської діяльності: Монографія. – Харків: Основа, 2001. – 312 с.
6. Grimblat S.O., Cherniy Y.A., Sosin I.K. Система комплексной вузовской подготовки отечественных менеджеров новой формации. / Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, соціологія. - № 1, 2002. – С. 76 – 86.
7. Шумилкин В.А. Совершенствование управления как один из путей дальнейшей демократизации украинского общества. / Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, соціологія. № 1, 2002. - С. 3 - 8.
8. Шпалинский В.В. Социальная психология менеджмента: Учебное пособие. – Харьков, ИВМО «ХК», 1998. – 315 с.
9. Романовский А.Г. общая характеристика личности руководителя. Методическое пособие. – Харьков: НТУ «ХПИ», 2000, - 34 с.
10. Бабаев В.Н. Педагогические стратегии в обновлении управленческих кадров муниципального уровня. // Крымські педагогічні читання. Маєр. Міжнар. Конф. – Алушта, 12 – 17 вересня 2001 р. – Харків, 2001. – С. 78 –83.
11. Ігнатюк О.А. Професійно-важливі якості особистості інженера-керівника. /Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, соціологія. - № 2 (3), 2001. - С. 75 - 84.
12. Бондаренко В.В. Сучасні інформаційні технології й мовленнєва підготовка керівників виробництва у вищих навчальних закладах. / Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, соціологія. - № 1, 2002. - С. 97 - 102.
13. Выдай В.Н. Мотивационная структура отношений. // Персонал. – 2001. - №2. – С. 50 – 53.
14. Колпаков В. Стратегическое мышление в сфере управления. // Персонал. – 2001. - № 11. – С. 41 – 44.
15. Лысенко Е.Г. Эмоциональная разрядка как средство повышения эффективности управленческой деятельности. /Теория і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, соціологія. - № 2 (3), - 2001, - С. 85 – 92.
16. Глазырин В. Лас Вегас: архитектура основного инстинкта. // Пассаж. –2002, № 1, - С. 56 – 57.
17. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1999. – 403 с.
18. Психическое утомление. Экспериментально-психологические исследования педагогического и профессионального труда. Под ред. А.П.Нечаева. М.-Л.: Гос.издат. – 1929. – 178 с.
19. Вітенко І.С. Психологічні проблеми підготовки медичних кадрів в Україні // Журнал психіатрії та медичної психології, № 1, 1995. – С. 22 – 26.

Поступила в редакцию 20.01.03

УДК 616.895.4 – 053.88

*О.Н. Голоденко***ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЯМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: социальное функционирование, социальная изолированность, депрессивные расстройства, предстарческий и пожилой возраст.

Традиционное представление об инволюционной депрессии как о затяжном аффективном психозе позднего возраста, с тенденцией к застыванию психотической симптоматики и стойкой дезадаптации больных почти не способствовало развитию социально-реабилитационных подходов применительно к этому контингенту больных [1, 2, 3].

В последние годы значительно больше внимания уделяется вопросам социального функционирования (СФ), социальной изолированности (СИ) и социально-трудовому восстановлению больных с депрессивными состояниями в пожилом возрасте [4, 5, 6, 7, 8].

Когда многие потребности ослабевают, потребность в общении, у лиц старших возрастных групп, усиливается, однако далеко не все-

гда удовлетворяется. Переживание одиночества является реакцией личности на дефицит качества и количества общения, ограничения эмоциональных и социальных связей человека. Это острый или затяжной эмоциональный стресс, сопровождающийся разрушительным и истощающим влиянием на личность с развитием нередко антивитаальных и суицидальных тенденций [9, 10, 11]. Он чаще всего развивается вследствие выхода на пенсию с утратой многих социальных связей, в результате смерти супруга или супруги, разъезда с детьми и других факторов.

Целью настоящего исследования является оценка СИ и СФ больных с депрессивными расстройствами в предстарческом (45-59 лет) и пожилом (60-74 лет) возрасте.

Материалы и методы исследования

В качестве основных инструментов исследования были использованы шкала уровня социального функционирования в различных сферах (ШСФРС), позволяющая оценить суммарный уровень СФ [12] и опросник для самооценки уровня социальной изолированности (одиночества) «Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности» (UCLA) (Д. Расселл и М. Фергюссон) [13]. СФ оценивалось по 5 уровням: 1 – хорошая/высокая способность СФ, 2 – достаточная/удовлетворительная способность СФ, 3 – ограниченная способность СФ, 4 – резко ограниченная/низкая способность СФ, 5 – крайне низкая способность функционировать в социальной

среде. СИ характеризовалась 3-мя уровнями: 1 – тах уровень СИ, 2 – средний уровень СИ, 3 – низкий уровень СИ. Социально-демографические особенности испытуемых оценивались с помощью оригинальной «Экспресс анкеты».

Обследовано 42 пациента с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте в центре аффективной патологии областной психиатрической больницы г. Донецка (1 группа) и 26 человек аналогичного возраста, не имевших клинических проявлений депрессии и никогда не попадавших в поле зрения психиатров (2 группа – группа сравнения). Возраст обследованных (в основном женщины) был от 45 до 75 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В обеих группах преобладали женщины: 1 группа – 85,7% (36 человек), 2 группа – 84,6% (22 человека).

Все испытуемые 1 и 2 группы проживали в удовлетворительных бытовых услови-

ях (свой дом или квартира).

В первой группе пациенты предстарческого возраста составили 12 человек (28,6%), пожилого – 30 человек (71,4%). Начальное образование имели 16 человек (38,1%), среднее специ-

альное - 16 человек (38,1%), высшее – 10 человек (23,8%).

28 человек (66,7%) оценивали свое материальное положение, как неудовлетворительное. 20 пациентов (47,6%) были замужем/женаты, 14 человек (33,3%) – вдовствующие и 8 человек (19,1%) – в разводе. Одинок проживающих было 18 человек (42,9%). Холодно-формальные отношения отмечали 12 человек (28,6%). Конфликтные отношения с родственниками были у 4 человек (9,5%).

В 1 группе распределение по диагностическим категориям было следующим: органическое депрессивное расстройство (F 06.3) – 26 человек (61,9%), лица предстарческого возраста 2 человека (7,7%), пожилого - 24 человека (92,3%); рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) – 12 человек (28,6%), лица предстарческого возраста – 8 человек (66,7%), пожилого – 4 человека (33,3%), рекуррентные депрессии умеренной тяжести (F 33.1) – 10 человек (83,3%), тяжелые с психотическими симптомами (F 33.3) – 2 человека (16,7%); депрессивный эпизод (F 32) – 4 человека (9,5%), лица предстарческого и пожилого возраста составили по 50%, умеренный эпизод (F 32.1) – 2 человека (50%), тяжелый (F 32.3) – 2 человека (50%). Инвалидность (2 и 3 группы по психзаболеванию) имели 8 человек (19,0%).

Во второй группе (группе сравнения) лица предстарческого возраста составили 20 человек (76,9%), пожилого - 6 человек (23,1%). 10 человек (38,5%) имели инвалидность 1 группы по соматическому заболеванию.

Лиц со средним специальным образованием было 14 человек (53,8%), с высшим – 12 человек (46,2%). Свое материальное положение, как неудовлетворительное, оценили 10 человек (38,5%). 12 человек (46,1%) были замужем/женаты, вдовствующих - 6 человек (23,1%), в разводе - 8 человек (30,8%). Одинок проживающих было 14 человек (53,8%). Холодно-формальные отношения отмечали 2 человека (7,7%). Конфликтные отношения с родственниками были у 6 человек (23,1%).

Практически одинаково, в процентном соотношении, оценивали свои отношения с близкими родственниками, как спокойные доброжелательные, испытуемые 1 и 2 групп – 47,6% (20 человек) и 46,1% (12 человек).

Анализируя социально-демографические показатели больных основной группы и группы сравнения, можно предположить, что лица с более низким образованием, неудовлетворитель-

ным материальным положением, вдовствующие, имеющие холодно-формальные отношения в семьях, более склонны к депрессивным расстройствам, а такие показатели, как семейное положение «разведен», одинокое проживание и конфликтные отношения в семье не влияют на аффективную сферу лиц предстарческого и пожилого возраста.

При исследовании по методике UCLA получены данные, свидетельствующие о том, что среднее арифметическое число уровня СИ (САЧ-СИ) в 1 группе не зависит от социально-демографических показателей.

Основная часть пациентов (34 человека - 81,0%) имели тах уровень СИ. В основном это были пожилые люди (26 человек - 76,5%). Среди одиноко проживающих тах уровень СИ выявлен у 14 человек (77,8%).

Все пациенты (16 человек – 100%) с начальным образованием также имели тах уровень СИ, со средним специальным – 14 человек (87,5%), а с высшим – всего 4 человека (40,0%).

Мах уровень СИ выявлен у 22 (84,6%) больных с органическими депрессивными расстройствами, у 10 (83,3%) – с рекуррентными депрессиями и у 2 (50%) - с депрессивными эпизодами. САЧ-СИ в каждой группе по диагностическим категориям также было максимальным. 6 (75,0%) пациентов, имеющих инвалидность, оценивали свой уровень СИ, как тах (таблица 1).

Во 2 группе средний уровень САЧ-СИ был у лиц со следующими социально-демографическими показателями: пожилой возраст, среднее специальное образование, неудовлетворительное материальное положение, одиночество и отсутствие инвалидности. Лица с другими социально-демографическими показателями имели тах уровень САЧ-СИ.

Мах и средний уровень СИ был выявлен практически у равного количества людей (14 человек (53,8%) и 12 человек (46,2 %), соответственно) и доля пожилых с тах уровнем СИ составила 14,3% (2 человека). Испытуемые со средним специальным образованием и тах уровнем СИ составили 6 человек (42,9%), а с высшим – 8 человек (66,7%). Одинок проживающих с тах уровнем СИ было выявлено 6 человек (42,9%). Инвалиды по соматическому заболеванию чаще оценивали свой уровень СИ, как тах (6 человек - 60,0%) (таблица 1).

Проведя анализ полученных данных по методике UCLA, можно подвести итоги: уровень СИ выше у лиц пожилого возраста, страдающих депрессивными расстройствами, в этой же груп-

пе у одиноко проживающих, у пациентов с начальным и средним специальным образованием, а также у лиц 1 и 2 групп, имеющих инвалидность. СИ в меньшей степени испытывают пациенты с депрессивными эпизодами. Уровень

СИ не зависел от пола испытуемых. Во 2 группе сильнее испытывают социальную изолированность лица с высшим образованием, а среди одиноко проживающих у большинства СИ была на среднем уровне.

Таблица 1

Выраженность среднего арифметического показателя СИ и СФ у лиц с депрессивными расстройствами в предстарческом и пожилом возрасте, в зависимости от социально-демографических особенностей

Социально-демографич. показатели		1 группа				2 группа			
		Кол-во человек		СИ	СФ	Кол-во человек		СИ	СФ
		Абс.	%			Абс.	%		
Предстарческий возраст		12	28,6	45,5*	17,3**	20	76,9	41,2*	8,3*
Пожилой возраст		30	71,4	49,4*	20,9***	6	23,1	38,7**	15,0**
Мужчина		6	14,3	49,7*	15,3**	4	15,4	43,0*	9,0*
Женщины		36	85,7	48,1*	20,7***	22	84,6	40,2*	10,0**
Образование	высшее	10	23,8	43,6*	19,4***	12	46,2	43,5*	9,8**
	среднее	16	38,1	46,9*	19,9***	14	53,8	38,1**	9,9**
	начальное	16	38,1	52,6*	20,25***	-	-	-	-
Материальное положение	Удовлетворительное	14	33,3	42,6*	18,0**	16	61,5	40,9*	11,25**
	Неудовлетворительное	28	66,7	51,1*	20,9***	10	38,5	40,2**	7,6*
Проживает в семье		24	57,1	47,75*	18,1**	12	46,2	42,2*	6,1*
Одиночество		18	42,9	44,1*	21,8***	14	53,8	39,3**	11,6**
Имеет инвалидность		8	19,0	50,25*	19,25***	10	38,5	42,6*	15,8**
Инвалидность не имеет		34	81,0	47,8*	20,16***	16	61,5	39,4**	6,1*

UCLA: * - max уровень СИ;
** - средний уровень СИ.

ШСФРС: * - хорошая способность СФ;
** - достаточная способность СФ;
*** - ограниченная способность СФ.

С помощью методики ШСФРС оценивалось СФ у пациентов предстарческого и пожилого возраста с депрессивными расстройствами и сравнивалось с уровнем СФ у лиц группы сравнения. В 1 группе хорошей/высокой способности СФ не было ни у одного пациента, пациенты с достаточным/удовлетворительным уровнем СФ составили 47,6% (20 человек) и 52,4% (22 человека) имели ограниченные способности СФ. Среднее арифметическое число уровня СФ (САЧ-СФ) соответствовало достаточному/удовлетворительному у лиц с такими социально-демографическими показателями: предстарческий возраст, мужской пол, удовлетворительное материальное положение и проживание в семье. Пациенты с остальными показателями имели САЧ-СФ на ограниченном уровне (таблица 1).

18 человек (81,8%) с ограниченными способностями СФ имели max уровень СИ, 4 человека (18,2%) – средний уровень СИ. Пациенты имеющие инвалидность в основном были на достаточном/удовлетворительном уровне СФ (75,0% - 6 человек). Одиноко проживающие пациенты, с ограниченными способностями функционировать в социальной среде, составили 12 человек (66,7%), остальные 6 человек (33,3%) имели достаточный/удовлетворительный уровень СФ. Среди лиц, проживающие в семьях (муж/жена, дети) и имеющие спокойные отношения с родственниками (16 человек), 12 человек (75,0%) в социальной среде функционировали на достаточном/удовлетворительном уровне. Все пациенты (4 человека), проживающие в семьях с конфликтными отношениями с родственниками,

имели ограниченный уровень СФ.

Из общего количества пациентов (28 человек) оценивающих свое материальное положение, как «неудовлетворительное» у 16 человек (57,1%) была выявлена ограниченная способность СФ и у 12 человек (42,9%) – достаточная/удовлетворительная, а у пациентов с удовлетворительным материальным положением (14 человек): ограниченный уровень СФ – 6 человек (42,9%), достаточный/удовлетворительный – 8 человек (57,1%).

Лица с высшим образованием чаще оценивали свой уровень СФ, как «достаточный/удовлетворительный» (6 человек – 60,0%), со средним специальным – как «ограниченный» (10 человек – 62,5%), а пациенты с начальным образованием уровни СФ «достаточный/удовлетворительный» и «ограниченный» поделили поровну (по 8 человек – по 50,0%).

Все пациенты мужского пола в социальной среде функционировали на достаточном/удовлетворительном уровне (6 человек – 100%). Женщины в меньшей степени имели достаточные/удовлетворительные способности СФ (14 человек – 38,9%), большая их часть (22 человек – 61,1%) функционировала в социальной среде на ограниченном уровне.

8 пациентов (66,7%) предстарческого возраста имели достаточный/удовлетворительный уровень СФ, 4 пациента (33,3%) – ограниченный. Больные пожилого возраста наоборот – большая их часть (18 человек – 60,0%) имела ограниченные способности СФ, а 12 человек (40,0%) пожилых граждан – достаточные/удовлетворительные, что свидетельствует о том, что лица предстарческого возраста чувствовали себя более комфортно в социальной среде, чем пожилые пациенты.

14 (53,9%) больных с органическими депрессивными расстройствами оценили свой уровень СФ, как ограниченный, 12 человек (46,1%) – достаточным/удовлетворительным. Пациенты (2 человека) с рекуррентными депрессивными расстройствами, текущий эпизод тяжелый имели достаточный/удовлетворительный уровень СФ, а с текущим эпизодом умеренной тяжести: 60,0% (6 человек) – ограниченный и 40,0% (4 человека) – достаточный/удовлетворительный. Пациенты (2 человека) с тяжелыми депрессивными эпизодами свое функционирование в социальной среде оценивали на достаточном/удовлетворительном уровне, а с умеренными депрессивными эпизодами (2 человека) – на ограниченном.

САЧ-СФ у пациентов (4 человека) с депрессивными эпизодами соответствует достаточному/удовлетворительному уровню, в двух остальных диагностических группах – ограниченному.

В группе сравнения СФ на хорошем/высоком и достаточном/удовлетворительном уровне было выявлено у 93,0% (24 человека) поровну и только 7,7% (2 человека) имели ограниченную способность СФ. САЧ-СФ не зависело от социально-демографических показателей, у всех испытуемых с различными социально-демографическими показателями оно было на хорошем/высоком и достаточном/удовлетворительном уровнях.

Таким образом, в отличие от пациентов основной группы, испытуемые группы сравнения оценивали свое функционирование в социальной среде на более высоком уровне. Ограниченные способности СФ были выявлены всего у 3 человек (11,5%). Это были женщины с высшим образованием, пожилого возраста, проживающие в одиночестве и являющиеся инвалидами по соматическому заболеванию. По шкале UCLA у них был выявлен тах уровень СИ. Остальные испытуемые составили практически равные группы: 12 человек (46,2%) с хорошими/высокими способностями СФ и 11 человек (42,3%) – с достаточным/удовлетворительными.

В процессе анализ показателей, получены данные, которые свидетельствуют о том, что конфликты в семьях, одинокое проживание или чувство одиночества, недостаточная материальная обеспеченность приводят к возникновению трудностей у пациентов с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте в осуществлении полноценного функционирования в социальной среде. В особенности это касается больных с хроническими депрессиями и лиц с органическими депрессивными расстройствами. Пациенты пожилого возраста менее защищены от факторов, которые снижают адаптационные возможности личности, чем лица предстарческого возраста. В меньшей степени с этими проблемами могут справляться женщины, которые более склонны к сильным эмоциональным переживаниям. Пациенты основной группы, независимо от того проживают они в семьях или являются одиночками, в большей степени испытывают состояние социальной изолированности. Значительная часть пациентов этой группы с низкими адаптационными способностями и выраженным чувством социального одиночества имели начальное или среднее специальное образование, а испытуемые 2 группы с низким СФ и высокими показателями СИ

были с высшим или средним специальным образованием. Инвалидизация, как по психзаболеванию так и по соматическому заболеванию, способствует ухудшению качества функционирования в обществе и большему отдалению от него.

В ходе проведенного исследования подтвердилось предположение о том, что у пациентов предстарческого и пожилого возраста страдающих депрессиями, показатели СИ и СФ не только ухудшаются, но и влияют на течение и длительность заболевания, что следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. В проблеме реабилитации наряду с медицинскими особую зна-

чимось приобретают психологические и социальные аспекты. Психологические аспекты реабилитации способствуют реализации активизирующего влияния личности на психические и физиологические функции организма, процессы адаптации и компенсации. Социальные аспекты реабилитации охватывают многочисленные вопросы, касающиеся влияния социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, а также на эффективность лечебных мероприятий, вопросы трудового, пенсионного законодательства, социального обеспечения инвалидов, взаимоотношения больного и общества и т.д.

О.М. Голоденко

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕПРЕСІЯМИ В ПЕРЕДСТАРЕЧОМУ І ПОХИЛОМУ ВІЦІ

Донецький державний медичний університет, Україна

За допомогою стандартизованих опитувальників шкали соціального функціонування і опитувальника для самооцінки рівня соціальної ізоляваності 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 здатностях функціонування в суспільстві і у відчуттях соціальної ізоляваності між хворими на депресію і особами досліджуваного віку, що не мають психіатричної патології. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 77-81)

О.М. Golodenko

CHARACTERISTICS OF SOCIAL FUNCTIONING 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 social functioning rating scale and questionnaires for self-appraisal of social isolation. Comparative analysis with the group of persons of the same age, which never appealed to psychiatrists, was carried out. Differences in abilities of functioning in society and in feelings of social isolation between depressive patients and persons of the investigated age without psychopathologies had been revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 77-81)

Литература

1. Шумский Н.Г. Клиника депрессивных психозов в позднем возрасте // Автореф. дис. докт. — М., 1968.
2. Фотьянов М.И. О затяжном течении инволюционной меланхолии // Дис. канд. — М., 1965.
3. Цветкова Н.Б. Аффективные и аффективно-бредовые психозы пресенильного возраста в свете данных отдаленного катанеза // Дис. докт. — Горький, 1974.
4. Шмуклер А.Б. Особенности и динамика социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением // Соц. и клин. психиатр. - 1988. — Т. 8, № 4. — С. 21-29.
5. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. — М., 1981. — С.4-14.
6. Розова М.С. Врачебно-трудовая экспертиза и проблема социальной реабилитации психически больных // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. — Л., 1974. — С. 84-87.

7. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., 1985. — 216 с.
8. Воробьев П.А. Новые аспекты в проблеме качества жизни пожилого человека // Клиническая геронтология. -1999.-№2.-С.3-8.
9. Лабиринты одиночества. Составление, общая редакция канд. философских наук Покровского И.Е. М., «Прогресс», 1989.
10. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.В., Шещуков С.А., Колпаков А.В. // Состояния одиночества и ассоциированные с ними расстройства депрессивного спектра у лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. -1999.-№2.-С.37-42.
11. Балашова М.Г., Собчик Е.Ю. О превентивной работе кабинета социально-психологической помощи с контингентом лиц, переживающих одиночество // Научные и организационные проблемы суицидологии. — М., 1983. — С. 167-171.
12. Зайцев А.Б. Шкала уровня социального функционирования в различных сферах (ШСФРС). - С.-П., 1999.
13. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. — С. 24-25.

Поступила в редакцию 16.11.03

ЗАРЕЄСТРОВАНО:
Міністерством юстиції
України
«06» лютого 2003р.
Свідоцтво № 1885

ЗАТВЕРДЖЕНО:
рішенням Установчого з'їзду
Всеукраїнської громадської
організації
«Асоціація медичного права»

протокол № 1
від 6 листопада 2002р.

СТАТУТ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ ГРОМАДСЬКОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА»

Київ 2002

Розділ 1. Загальні положення

1.1. Всеукраїнська громадська організація «Асоціація медичного права», надалі - Асоціація, є громадською організацією, яка створена її засновниками, що об'єдналися в результаті вільного волевиявлення на підставі спільності інтересів.

1.2. Асоціація здійснює свою діяльність відповідно до Конституції України, Закону України «Про об'єднання громадян», іншого чинного законодавства України, а також цього Статуту. 1.3. Асоціація діє на засадах добровільності, рівноправності своїх учасників, самоврядування, законності та гласності.

1.4. Асоціація є неприбутковою організацією з всеукраїнським статусом і здійснює свою діяльність на всій території України.

1.5. Асоціація набуває права юридичної особи з моменту її державної реєстрації. Асоціація є самостійним статутним суб'єктом, від свого імені укладає договори, набуває майнові і немайнові права, має право бути позивачем і відповідачем у суді, господарському суді, третейському суді. Асоціація має самостійний баланс, печатку і штампи зі своїм найменуванням, інші необхідні реквізити, емблему, поточний та інші рахунки в установах банку, у тому числі валютні.

1.6. Засновниками Асоціації є фізичні особи – громадяни України.

1.7. Назва Асоціації:

повна: Всеукраїнська громадська організація «Асоціація медичного права»

скорочена: ВГО «Асоціація медичного права»

1.8. Організаційно-правова форма Асоціації: громадська організація.

1.9. Юридична адреса Асоціації: 83000, Україна, м. Донецьк, проспект Маяковського, б.9, кв. 50.

Розділ 2. Мета, завдання та напрямки діяльності Асоціації

Мета діяльності Асоціації

2.1. Метою діяльності Асоціації є захист і реалізація законних прав її членів за допомогою громадської діяльності, спрямованої на створення і підтримку суспільних ініціатив, будівництва правової і демократичної держави.

Основними цілями Асоціації є сприяння:

- належній професійній та науковій діяльності фахівців системи охорони здоров'я;
- удосконаленню законодавчої бази і правового регулювання медичної практики відповідно до світових стандартів;
- розвитку страхування в сфері охорони здоров'я, у тому числі страхування професійної відповідальності медичного працівника;
- кваліфікованому юридичному супроводу медичної і фармацевтичної діяльності установ і організацій усіх форм власності;
- належному забезпеченню юридичних аспектів ведення господарської діяльності медичних і

фармацевтичних установ усіх форм власності;

- здійсненню, у рамках діючого законодавства, суспільного контролю і нагляду в сфері охорони здоров'я;
- захисту соціальних, професійних прав і законних інтересів медичних працівників - членів Асоціації;
- попередженню випадків некваліфікованого надання медичної допомоги;
- належному правовому регулюванню надання медичної допомоги пільговій та іншим найменш захищеним категоріям населення.

Завдання Асоціації

2.2. Основними завданнями Асоціації є:

- сприяння створенню і впровадженню реальної системи правового регулювання професійної діяльності працівників охорони здоров'я, їхньому юридичному захисту;
- сприяння підвищенню правової культури і кваліфікації медичних працівників, у тому числі організаторів охорони здоров'я, керівників лікувальних установ, експертів, клініцистів та ін.;
- сприяння розвитку медичного страхування та страхуванню професійної відповідальності медичних працівників;
- сприяння створенню і реалізації державних і інших програм в області медичного права;
- участь у розробці і реалізації програм, пов'язаних з просвітницькою, освітньою, науковою, інформаційною та організаційною діяльністю в сфері медичного обслуговування населення;
- внесення пропозицій до органів влади та управління в підготовці проекту Медичного кодексу України, законів України: «Про страхування професійної відповідальності медичного персоналу», «Про захист прав пацієнтів», «Про обов'язкове соціальне медичне страхування», «Про правові основи біоетики і гарантіях її забезпечення», а також інших проектів нормативних актів в області медичного права;
- сприяння розробки і впровадженню в практику роботи медичних установ уніфікованих документів, що регламентують правові взаємовідносини медичних працівників і пацієнтів.

Напрямки діяльності Асоціації

2.3. Для досягнення статутних цілей і завдань Асоціація у встановленому законом порядку:

- виступає учасником цивільно-правових відносин, здобувати майнові і немайнові права;
- бере участь у політичній діяльності;
- вносить пропозиції до органів влади та управління;
- представляє і захищає свої інтереси і законні інтереси своїх членів у державних (у тому числі судових і виконавчих), та громадських органах;
- бере участь у розробці і впровадженні системи державних медичних (лікувально-діагностичних) і експертних стандартів;
- систематизує діючу нормативно-правову базу (у тому числі шляхом створення комп'ютерної бази даних) в галузі медицини;
- бере участь у роботі засобів масової інформації по висвітленню питань медичного обслуговування, дотримання і захисту прав медичних працівників і пацієнтів;
- за допомогою засобів масової інформації здійснює видавничу діяльність, випускає і поширює інформаційні і науково-методичні видання, у тому числі на комп'ютерному та іншому сумісному носіях інформації;
- поширює і пропагує свої ідеї та мету;
- здійснює необхідну господарську та іншу комерційну діяльність шляхом створення госпрозрахункових підприємств та організацій з статусом юридичної особи, в порядку, встановленому законодавством;
- створює регіональні місцеві осередки;
- проводить консультації по різних аспектах медичного права для своїх членів;
- проводить медико-правовий аудит, незалежну правову атестацію посадових осіб сфери охорони здоров'я на їх пропозиції;
- проводить і бере участь у проведенні іншими організаціями конференцій, симпозіумів, круглих столів, семінарів, організовує виставки, презентації та інші масові заходи щодо питань медично-

го права з метою пропаганди діяльності Асоціації;

- залучає кваліфікованих фахівців для надання членам Асоціації консультацій і проведення навчальних семінарів, лекцій і інших освітніх заходів;
- встановлює і підтримує контакти з аналогічними за родом діяльності національними і міжнародними організаціями, урядовими закладами і громадськістю;
- створює центри навчання (підготовки) фахівців з питань медичного права;
- створює внутріорганізаційну мережу медико-юридичної служби по медико-правовому забезпеченню діяльності лікувальних установ;
- сприяє медичним навчальним закладам в сфері популяризації медичних професій;
- виступає з ініціативами і пропозиціями в органи державної влади з питань дотримання і захисту прав пацієнтів та медичного персоналу;
- надає підтримку фармацевтичним організаціям будь-якої форми власності в рекламуванні найбільш ефективних медичних препаратів;
- надає підтримку лікувальним установам у впровадженні прогресивних медичних технологій.

2.4. Види діяльності, для здійснення яких потрібно одержання спеціального дозволу (ліцензії), Асоціація здійснює в повному обсязі після одержання такого дозволу у встановленому законом порядку.

2.5. Для реалізації своїх цілей і завдань Асоціація може залучати висококваліфікованих фахівців в галузі юриспруденції, судово-медичної експертизи, а також клініцистів і організаторів охорони здоров'я, підготовлених в галузі медичного права.

Розділ 3. Членство в Асоціації

3.1. Членство у Асоціації є добровільним.

3.2. Членство в Асоціації може бути індивідуальним та колективним.

3.3. Індивідуальними членами Асоціації можуть бути громадяни України, іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, приватнопрактикуючі лікарі, юристи та інші фахівці, що розділяють мету, завдання і напрямки діяльності Асоціації.

3.4. Колективними членами Асоціації можуть бути колективи підприємств, установ, організацій, а також будь-які інші об'єднання громадян, що розділяють мету, завдання і напрямки діяльності Асоціації, згодні з умовами про членство у Асоціації. Колективні члени реалізують свої права через свого представника, якого обирають на своїх загальних зборах. Колективним членом визнається об'єднання осіб у кількості не менш трьох чоловік.

3.5. Для вступу в Асоціацію індивідуальні члени подають заяву, а колективні члени, до заяви прикладають протокол зборів відповідного колективу.

3.6. Рішення про вступ в Асоціацію нового члена приймається Президентом Асоціації.

3.7. Облік членів Асоціації ведеться в Книзі реєстрації членів Асоціації.

Права членів Асоціації

3.8. Члени Асоціації мають право:

- знайомитися зі Статутними документами Асоціації;
 - користуватися послугами Асоціації і її підрозділів, а в необхідних випадках запрошувати до участі в роботі необхідних фахівців;
 - брати участь в здійсненні проектів і програм, які розроблюються та проводяться Асоціацією, отримувати інформацію стосовно її діяльності;
 - мати доступ до інформаційних джерел, користуватися науково-методичними і навчальними матеріалами Асоціації;
 - брати участь в обговоренні всіх питань діяльності Асоціації, вносити пропозиції щодо удосконалення діяльності Асоціації, складати проекти і т.д.;
 - обирати і бути обраним у виконавчий чи контролюючий орган Асоціації;
 - одержувати інформацію про діяльність та рішення, прийняті керівними органами Асоціації, а також відмовитися від їх виконання у випадку, якщо вони суперечать чинному законодавству;
 - добровільно припинити членство в Асоціації згідно особистій письмовій заяві;
 - одержувати допомогу від Асоціації;
- а також за узгодженням з керівним органом Асоціації:

- використовувати назву і символіку Асоціації.

Обов'язки членів Асоціації

3.9.Члени Асоціації зобов'язані:

- дотримувати вимог Статуту, інших внутрішніх документів Асоціації;
- виконувати рішення керівних органів Асоціації;
- надавати Асоціації інформацію, необхідну для розробки окремих питань при здійсненні проєктів і програм, пов'язаних з діяльністю Асоціації;
- сприяти популяризації діяльності Асоціації;
- сприяти Асоціації в здійсненні її завдань та мети;
- приймати участь в заходах, які проводить Асоціація.

3.10.Після державної реєстрації місцеві осередки (місцеві відділення), що брали участь у створенні Асоціації, стають її членами.

3.11.Виключення індивідуального або колективного члена Асоціації здійснюється без його згоди Президентом Асоціації при наявності наступних обставин:

- невиконання або порушення умови про дотримання вимог Статуту, інших внутрішніх документів Асоціації;
- невиконання рішень керівних органів Асоціації;
- здійснення дій (бездій), прямо чи побічно перешкоджаючих здійсненню статутних цілей та завдань Асоціації.

3.12.Рішення про виключення особи без її згоди з членів Асоціації може бути оскаржено цією особою у вищій керівній органі Асоціації.

3.13.При виході або виключенні особи зі складу членів Асоціації кошти або майно, передані у власність Асоціації (у порядку благодійної допомоги), не повертаються.

Розділ 4. Організаційна структура і керівні органи Асоціації

4.1.Асоціація самостійно визначає свою внутрішню організаційну структуру, що забезпечує виконання її статутних завдань.

4.2.Керівними органами Асоціації є:

- Генеральні збори;
- Президент Асоціації;
- Правління Асоціації.

4.3.Керівними органами Асоціації на місцях є:

- Загальні збори членів місцевих осередків (або відділення);
- Голова місцевого осередку (відділення).

4.4.Генеральні збори

4.4.1.Генеральні збори - загальні збори членів Асоціації, є вищим керівним органом Асоціації. До компетенції Генеральних зборів відноситься рішення основних і найважливіших питань діяльності Асоціації.

4.4.2.Винятковою компетенцією Генеральних зборів є:

- затвердження на установчому з'їзді Статуту, внесення до нього змін і доповнень;
- визначення та затвердження пріоритетних напрямків діяльності Асоціації;
- вибори Президента Асоціації, визначення його прав і повноважень;
- вибори членів Правління;
- визначення принципів формування і використання майна Асоціації;
- вибори членів Ревізійної комісії;
- затвердження річного бюджету Асоціації, звітів виконавчого апарату Асоціації і висновків Ревізійної комісії;
- ухвалення рішення про припинення діяльності Асоціації, призначення голови Ліквідаційної комісії, затвердження ліквідаційного балансу.

4.4.3.Генеральні збори вправі розглядати будь-які питання діяльності Асоціації. Рішення Генеральних зборів, які не суперечать чинному законодавству, обов'язкові для виконання всіма членами і посадовими особами Асоціації.

4.4.4. Генеральні збори скликаються не рідше одного разу в рік. Позачергові Генеральні збори можуть скликатися за рішенням Президента, Правління, Ревізійної комісії, а також з ініціативи не менш 1/2 від загальної кількості місцевих осередків (відділень) Асоціації. Ініціаторами скликання позачергових Генеральних зборів формулюється коло питань (порядок денний), які виносяться на обговорення, з яким учасники Генеральних зборів повинні бути ознайомлені не пізніше, ніж за 30 днів до проведення зборів.

4.4.5. Генеральні збори є правомочними, якщо на них присутні не менш чим по одному представнику, від 50% загальної кількості створених місцевих осередків (відділень) обласного рівня. Рішення Генеральних зборів приймаються 2/3 голосів присутніх членів Асоціації. Рішення на Генеральних зборах приймаються шляхом голосування.

4.4.6. Про проведення Генеральних зборів члени Асоціації повідомляються письмово з зазначенням часу, місця проведення та порядку денного. Повідомлення повинно бути зроблено не пізніше ніж за 40 днів до проведення зборів. З питань не включених до порядку денного, рішення можуть прийматись тільки за згодою всіх учасників зборів.

4.5. Президент Асоціації

4.5.1. Президент Асоціації – вища посадова особа. Президент є головою адміністративно-виконавчого апарату Асоціації, здійснює поточне керівництво діяльністю Асоціації.

4.5.2. До компетенції Президента входить вирішення будь-яких питань щодо діяльності Асоціації, за винятком тих, що відносяться до виняткової компетенції Генеральних зборів та Правління.

4.5.3. Президент обирається Генеральними зборами терміном на 5 років.

4.5.4. До компетенції Президента Асоціації входить:

- діяти без доручення, як перша особа, Президент має право першого підпису, відкриває та закриває рахунки в установах банку;
- представлення інтересів Асоціації без доручення у відносинах з усіма підприємствами та установами незалежно від форм власності, громадськими організаціями як в Україні, так і за кордоном з питань співробітництва, перспектив розвитку і будь-якого іншого напрямку діяльності Асоціації, що не суперечать чинному законодавству України;
- внесення питань на розгляд Генеральних зборів і Правління;
- оперативне керування справами Асоціації;
- розподіл коштів і майна Асоціації та здійснення поточного контролю за їх використанням;
- здійснення керівництва адміністративно-виконавчим органом Асоціації, прийом і звільнення співробітників, прийняття рішення про створення служб, відділів з відповідним набором штатних працівників;
- організація і координація діяльності Правління, скликання і ведення його засідань;
- внесення пропозицій про скликання Генеральних зборів;
- видання розпоряджень, наказів, обов'язкових для виконання всіма посадовими особами та співробітниками Асоціації, розгляд і затвердження внутрішніх документів Асоціації;
- укладання договорів, видача доручень, підписання фінансових документів та інших документів Асоціації;
- організація діловодства, обліку і звітності Асоціації;
- забезпечення виконання рішень Генеральних зборів;
- внесення пропозиції Генеральним зборам щодо затвердження річного бюджету;
- прийняття рішень і здійснення дій з будь-яких інших питань стосовно діяльності Асоціації.

4.5.5. Президент може бути достроково звільнений від займаної посади за рішенням Генеральних зборів 3/4 голосів присутніх представників при наявності кворуму.

4.5.6. Під час відсутності Президента його обов'язки виконує заступник, призначений Президентом. Президент має право самостійно передати частину своїх повноважень будь-кому з членів Правління або виконавчому директору з укладанням з ним трудового контракту.

4.5.7. Президент щорічно звітує перед Генеральними зборами про діяльність Асоціації.

4.6. Правління Асоціації

4.6.1. Правління, є колегіальним органом управління Асоціацією.

4.6.2. Правління складається з членів Асоціації, що обираються на Генеральних зборах кількістю не менш трьох осіб, терміном на 5 роки. Правління очолює Президент.

4.6.3. До компетенції Правління Асоціації відноситься:

- розробка планів та напрямків діяльності Асоціації, необхідних для вирішення її завдань і надання їх на затвердження Генеральним зборам;
- підготовка річного звіту щодо напрямків діяльності Асоціації;
- забезпечення надходження і визначення розмірів, джерел утворення і порядку використання фондів;
- прийняття рішення про скликання Генеральних зборів;
- прийняття рішень з інших питань, пов'язаних з діяльністю Асоціації, що не являються винятковою компетенцією Генеральних зборів і Президента Асоціації.

4.6.4. Правління проводить свої засідання в міру необхідності, але не рідше одного разу на півроку.

4.6.5. Скликання і проведення засідань Правління, а також організацію і забезпечення його роботи здійснює Президент Асоціації.

4.6.6. Кворум для ухвалення рішення Правлінням складає 2/3 членів Правління. Рішення Правління приймаються простою більшістю голосів членів Правління. При голосуванні кожному з членів Правління належить один голос. У випадку рівності голосів присутніх членів Правління, вирішальним є голос Президента, що за посадою є головуєчим на засіданнях Правління.

4.7. Контролюючі і інші органи Асоціації

4.7.1. Контролюючим органом Асоціації є Ревізійна комісія, яка обирається на Генеральних зборах у кількості не менш 3 осіб терміном на п'ять років. Ревізійну комісію очолює її голова.

4.7.2. Ревізійна комісія здійснює контроль за дотриманням положень Статуту, виконує роботу по перевірці фінансово-господарської діяльності Асоціації, перевірки звітів, підготовки висновків на Генеральні збори.

4.7.3. Асоціація за рішенням Президента може найняти спеціалізовану організацію для перевірки і підтвердження результатів річної фінансової звітності (проведення аудита).

4.7.4. В Асоціації можуть створюватися різні відділи, бюро, структурні підрозділи, експертні ради, для забезпечення її діяльності.

Розділ 5. Місцеві осередки (відділення)

5.1. Місцеві осередки (відділення) створюються за територіальною ознакою, а саме: по місцю проживання, роботи, навчання і т.і. Рішення про створення осередку (відділення) приймається на загальних зборах осередку Асоціації при наявності не менше дев'яти осіб. У своїй діяльності осередки (відділення) керуються цим Статутом та власними положеннями, що приймаються вищим органом осередку (відділення) та затверджуються Президентом Асоціації.

5.2. Місцеві осередки (відділення) легалізують свою діяльність відповідно до вимог чинного законодавства.

Розділ 6. Майно та кошти Асоціації

6.1. Асоціація може мати у власності кошти та майно, необхідне для здійснення її статутної діяльності.

Асоціація набуває право власності на кошти та майно, передане їй засновниками, членами (учасниками), державою, жертв громадян, підприємствами, установами та організаціями, а також на майно, придбане за рахунок власних коштів чи на інших підставах, не заборонених законом.

Асоціація є власником свого майна і здійснює права власника самостійно згідно з цілями і для забезпечення своєї діяльності.

6.2. Фінансові ресурси Асоціації можуть формуватися на основі недержавного фінансування за рахунок безповоротної допомоги різних неурядових організацій, міжнародних фондів, фармацевтичних фірм і установ незалежно від форм власності.

6.3. Залучення іноземних наукових донорів для фінансування наукових програм в Україні може здійснюватися як шляхом створення спільних дослідницьких проектів, так і шляхом включення членів Асоціації в конкретні міжнародні проекти в галузі медичного права.

6.4. Кошти та інше майно Асоціації не може перерозподілятися між її членами і використовується для виконання статутних завдань або благодійні цілі, а у випадках, передбачених законодавчими актами за рішенням суду спрямовується в доход держави.

6.5. Для забезпечення своєї статутної діяльності Асоціація може мати у своїй власності будинки, спорудження, транспортні засоби, кошти, у тому числі в іноземній валюті, цінні папери, інше майно, придбане на законних підставах.

6.6. Майно і засоби Асоціації можуть формуватися за рахунок створених госпрозрахункових організацій і підприємств, у тому числі зі статусом юридичної особи, здійснюючих господарську та іншу комерційну діяльність.

Розділ 7. Облік і звітність

7.1. Асоціація здійснює статистичний і бухгалтерський облік своєї діяльності. Президент і головний бухгалтер несуть персональну відповідальність за правильність постановки обліку, за повноту, достовірність і своєчасність надання бухгалтерської звітності у відповідні органи.

7.2. Асоціація, і створені її установи та організації зобов'язані вести бухгалтерський облік, статистичну звітність, зареєструватися в органах державної податкової служби і вносити в бюджет платежі в порядку і розмірах, передбачених законодавством.

Розділ 8. Праця і його оплата

8.1. Трудовий колектив Асоціації складають усі громадяни, що беруть участь своєю працею в її діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди), а також інших форм, що регулюють трудові відносини працівника і роботодавця.

8.2. Порядок і розмір оплати за працю працівникам установлюється Президентом.

8.3. Оплата праці працівників Асоціації складається з щомісячної заробітної плати і премій з фонду оплати праці за кінцевим результатом, а також в іншій, не забороненій законами України, формі.

8.4. Зазначені відносини регулюються чинним законодавством про працю.

Розділ 9. Порядок внесення змін та доповнень до Статуту

9.1. Внесення змін та доповнень до Статуту здійснюється на основі рішень, які приймаються Генеральними зборами.

9.2. Про зміни, що сталися в Статутних документах, Асоціація у п'ятиденний термін повідомляє реєструючий орган.

Розділ 10. Припинення діяльності Асоціації

10.1. Припинення діяльності Асоціації може бути здійснене шляхом її ліквідації або реорганізації.

10.2. Реорганізація Асоціації проводиться за рішенням Генеральних зборів. При реорганізації Асоціації всі її права та обов'язки переходять до правонаступника. При ліквідації Асоціації її кошти та майно не може бути розподілене між членами Асоціації, а передаються іншій неприбутковій організації аналогічного спрямування, а у випадках, передбачених законодавчими актами, за рішенням суду спрямовуються в доход держави.

10.3. Ліквідація Асоціації проводиться за рішенням Генеральних зборів, або за рішенням суду у випадках, передбачених чинним законодавством України.

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ, ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ**ПОСТАНОВА ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
ВІД 15.01.2003 Р. № 7 – 05/1**

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. № 1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організовують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. № 16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати незалежне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями, аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційний робіт зараховувати статті, подані до друку, починаючи з лютого 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п. 3 даної постанови.

5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України

В.В. СКОПЕНКО

Вчений секретар ВАК України

Л.М. АРТЮШИН

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

Абрамов В.А. Паттерны качества психиатрической помощи 3

Abramov V.A. Psychiatric service quality's patterns

Подкорытов В.С., Батков Б.И., Чайка Ю.Ю., Скрынник О.В. Проблемы медико-социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами в современном обществе 8

Podkorytov V.S., Batkov V.I., Chayka Ju.Ju., Skrynnik O.V. Problems of Medical-Social Rehabilitation of Persons with Mental Disorders in the Modern Society

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

Васильева А.Ю. Некоторые клинико-психологические особенности пациентов с аффективными расстройствами коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями 13

Vasilyeva A.Yu. Some clinic and psychological features of the patients with affective disorders comorbidity with chronic somatic diseases

Скрипник А.М., Сонник Г.Т., Рудь В.О. Роль психофармакологических факторов в патоморфозе депрессивных станів з суїцидальними проявами 20

Skrypnikov A.N., Sonnik G.T., Roud V.A. The role of psychopharmacological factors in the pathomorphosis of depressions with suicide manifestations

Казак В.Н., Панова Т.И., Панов Ю.Е. Анксиолитический эффект коменовой кислоты при морфинном абстинентном синдроме 23

Kazakov V., Panova T., Panov Yu. About anxiolytic effect of comenic acid in morphine with dranval syndrome

Ряполова Т.Л. Анализ семейной тревоги в семьях женщин с депрессией в структуре невротических расстройств 30

Ryapolova T.L. The analysis of family anxiety in families of women suffering from depression in the structure of neurotic disorders

Пырк С.Г., Выговская Е.М., Деменкова И.И., Грачев Р.А. К вопросу о качестве жизни больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом 34

Pyrkov S.G., Vigovskaya E.M., Demenkova I.I., Grachov R.A. To a problem on a quality of life by ill chronic renal failure located on treatment by a haemodialysis

Синяченко О.В., Ермолаева М.В., Кривошей А.А. Психологический профиль личности и психосоматические расстройства у больных системной красной волчанкой 39

Sinyachenko O.V., Ermolaeva M.V., Krivoshey A.A. Psychological personality profile and psychosomatic disorders in patients with systemic lupus erythematosus

Олефиренко В.Л., Омелянович В.Ю. Личностно-ориентированный подход к первичной профилактике посттравматических стрессовых расстройств в системе органов внутренних дел 45

Olefirenko V.L., Omelianovich V.Yu. Personal-oriented approach within the initial psychoprophylaxis of post-traumatic stress disorders in the system of internal affaires bodies

Бурцев А.К. Алекситимия, особенности самоотношения и межличностных отношений у больных системной красной волчанкой (СКВ) 52

Burtsev A.C. Alexitymia, selfattitude and interpersonality relationships in patients with lupus erythematosus

Абрамов А.В. Общая характеристика организации психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел 59

Abramov A.V. Total characteristic of organization of psychiatric examination of faces going on a service at law-enforcement bodies

Максимович В.А., Горецкий О.С., Кришталь Н.Г., Солдак И.И., Тарапата Н.И. Функция внимания у ликвидаторов аварий и ее математическое моделирование 65

Maximovich V.A., Goretsky O.S., Krishtahl N.G., Soldak I.I., Tarapata N.I. Function of attention and its mathematical modelling for professional rescuers

Гримблат С.О., Сосин И.К., Черный Ю.А. Методологические основы валеопсихологичес- 70

Grimblat S.O., Sosin I.K., Cherniy Y.A. Methodological fundamentals valeopsychologic

кой рекреационной системы в учебных планах и программах вузовского обучения менеджменту		of a recreational system in the educational schedules and programs of high school training to management	
Голоденко О.Н. Особенности социального функционирования больных с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте	77	Golodenko O.M. Characteristics of social functioning of depressive patients in elderly and pre-senile age	
Статут Всеукраїнської громадської організації «Асоціація медичного права»	82	The charter Ukraine of a public organization «Association of the medical right»	
Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України	89	About increase of the requirements to professional issuings, brought in in lists MCC of Ukraine	
СОДЕРЖАНИЕ	90	CONTENTS	

К сведению авторов

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редколлегия журнала