

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 (9), 2002 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого отделения Ассоциации психиатров Украины

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), Р. Евсегнеев (Минск), М.М. Кабанов (Санкт-Пе-
тербург), Н.А. Корнетов (Томск), С. Koupernik (Paris), В.Н. Краснов (Моск-
ва), В.Н. Кузнецов (Киев), Н.А. Марута, А.К. Напреенко (Киев), Ю.Л. Нул-
лер (Санкт-Петербург), Б.С. Положий (Москва), N. Sartorius (Geneva),
П.И. Сидоров (Архангельск), В.В. Соложенкин (Бешкек), Г.Т. Сонник (Пол-
тава), 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

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.89: 612.014.482

*В.А. Абрамов***ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС
СООБЩЕНИЕ 2**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: диагностика, этические аспекты, психические расстройства, УЛПА на ЧАЭС

Ликвидация последствий Чернобыльской катастрофы – событие огромного национального и интернационального значения. Высоко оценив самопожертвование УЛПА, государство предоставило им значительное число льгот. Реальная возможность их получения вносит значительную коррекцию в поведение пострадавших, нередко заслоняющего собой тяжесть болезненного состояния. Многие проявления такого поведения детерминируются не непосредственно болезненными процессами, а психологическим состоянием и социальным статусом больного. Обращаемость к психиатрам в значительной мере определяется текущими социальными и психологическими факторами, включая жизненные события последнего времени, степень социальной поддержки и уровень испытываемого дистресса.

Ориентация на болезнь и инвалидность с соответствующей рационализацией поведения и его мотивации выявляются практически у всех ликвидаторов аварии, обращающихся за психиатрической помощью. При этом нередко происходит столкновение интересов пациента, заинтересованного в установлении диагноза и инвалидности, и лечащего врача (ВКК), ориентированных на улучшение основных показателей специализированной помощи (интересы пациента в этом случае могут не учитываться).

Рост обращаемости ликвидаторов аварии за психиатрической помощью может сопровождаться двумя негативными тенденциями:

- обнаружением у всех ликвидаторов психических расстройств инвалидизирующего уровня;
- искусственным «занижением» тяжести психических расстройств или необоснованным признанием пациентов психически здоровыми, влекущими за собой отказ в оказании психиат-

рической помощи и предоставлении льгот без достаточных оснований.

Если вмешательство врача-психиатра в какой-либо форме может – то ли путем воздействия, то ли, наоборот, воздержания от каких-либо действий – привести к добру или злу, тогда такое вмешательство становится по своей сути чисто этической проблемой [1]. Установленные процедуры обслуживания, установление диагнозов, причинной связи с Чернобыльской аварией, инвалидизация больных могут оказывать на пациента положительное или отрицательное воздействие и поэтому они должны опираться на определенные этические нормы.

Особый контекст приобретает психиатрическая диагностика УЛПА на ЧАЭС, отличная от клинической оценки обычного пациента. Наибольшая трудность состоит в выделении реального психического расстройства из множества привлекаемых в качестве аргументов проявлений субъективного неблагополучия. В этой связи возможно несколько вариантов неправильных диагнозов, которые следует рассматривать с этических позиций.

1. Преднамеренно неправильный диагноз (диагноз по просьбе пациента).
2. Преднамеренно необоснованный отказ диагностировать заболевание в связи с давлением на психиатра внешних обстоятельств.
3. Непреднамеренная постановка ошибочного диагноза как результат наличия факторов, не имеющих к пациенту никакого отношения (в отличие от ошибок в диагностике, являющихся следствием отсутствия необходимой информации о пациенте или недостаточной квалификации психиатра).

Первые два типа неправильных диагнозов – вершина этического неблагополучия в диагностике. Вред психиатрической профессии при этом

достаточно очевиден и не нуждается в каких-либо комментариях.

Намного сложнее обстоит дело с непреднамеренной постановкой ложных диагнозов, влекущей за собой ряд ошибочных действий. Известный специалист в области этических аспектов психиатрической диагностики В. Райх [1] выделяет три причины непреднамеренной неправильной постановки психиатрических диагнозов: а) ограничения, присущие процессу постановки диагноза; б) влияние теории диагностики на взгляды психиатра; в) привлекательность диагноза как средства решения гуманитарных проблем. Применительно к контингенту УЛПА на ЧАЭС ошибочная диагностика может быть представлена следующим образом.

Ограничения, присущие процессу постановки диагноза. Речь идет о сложности самого процесса диагностирования психических расстройств. Прежде всего, необходимо отметить, что МКБ-10 не содержит диагностических рубрик, отражающих обусловленность психических расстройств действием ионизирующей радиации. Поэтому идентификация психопатологических симптомов у УЛПА на ЧАЭС в контексте международной классификации основана на известных допущениях о соматогенных, церебрально-органических и психогенно-личностных механизмах их формирования. Приоритетность этих механизмов в их клиническом выражении изменялась по мере увеличения времени, прошедшего после аварии. Спустя 10-15 лет сопряженность и взаимовлияния этих механизмов достигают значительной выраженности, определяющей совокупный результат функционального состояния (возможностей) организма. Психиатрический диагноз в этих случаях должен восприниматься как один из компонентов биопсихосоциальной недостаточности пациента.

Наибольшие трудности возникают при диагностировании хронического расстройства личности в связи с отсутствием ясных, убедительных и общепринятых диагностических критериев. В отечественной психиатрии это нарушение традиционно рассматривается как самостоятельная клиническая форма по отношению к которой решаются различные лечебно-реабилитационные и экспертные вопросы. В то же время в многоосевой версии МКБ-10 расстройство личности представлено как совокупность личностных свойств, сопутствующих психическим и соматическим расстройствам. Достаточно распространена и такая точка зрения, согласно которой расстройство личности не является забо-

леванием и поэтому не подлежит диагностированию [2].

Влияние теории диагностики на взгляды психиатра. Реальность психического расстройства у УЛПА на ЧАЭС отражает особенности используемой врачом-психиатром диагностической системы. Какими же теоретическими предпосылками руководствуется специалист при выполнении этой работы и как они могут повлиять на качество диагностического процесса?

Известно, что радиационной психиатрии, как самостоятельного и общепризнанного научного направления радиационной медицины, не существует. Нет и четкой теории, объясняющей природу и динамику психических расстройств у лиц, подвергшихся действию ионизирующего излучения. Имеющиеся данные [3] допускают возможность возникновения психических расстройств у этого контингента по всему периметру МКБ-10. В то же время нормативный документ, регламентирующий возможность установления причинной связи (ПС), ограничен перечнем органических психических расстройств и не учитывает роль других вредных факторов аварии на ЧАЭС в возникновении психической патологии.

Противоречия между используемой в психиатрической практике диагностической системой МКБ-10 и ориентацией критериев ПС и трудоспособности на диагностическую систему МКБ-9 способствуют использованию допущений, которые не всегда являются реальным функциональным отображением болезненного процесса и адекватной предпосылкой для установления ПС и последующих экспертных решений. Проецирование этих допущений (в том числе при интерпретации поведения как «рентного») на конкретного пациента может сделать неизбежными ошибки при установлении психиатрического диагноза. С одной стороны, этому способствует желание врача защитить интересы пациента, с другой стороны, врач-психиатр чаще всего стремится «найти» не всегда определенные признаки органического поражения головного мозга, т.к. только они позволяют пациенту в конечном счете рассчитывать на получение максимальных льгот.

Весьма значителен и социальный контекст постановки диагноза этому контингенту больных. Если рассматривать «другие неблагоприятные факторы аварии на ЧАЭС», подпадающие под действие приказа Минздрава № 150, с точки зрения социальных факторов, то возникает проблема четкой очерченности их влияния на

формирующиеся психические расстройства и возможности установления ПС при нарушениях, выходящих за рамки психоорганических.

Довольно характерные для УЛПА на ЧАЭС состояния деморализации и отчаяния, связанные с производственными, экономическими или семейными проблемами, приводят (способствуют) к развитию синдромов стресса, которые определяются как биологическими, так и социальными коррелятами. А. Kleinman [4] считает, что этим коррелятам часто присваивают ярлыки психических заболеваний, хотя социологи рассматривают их скорее как психобиологические последствия социальной патологии и человеческого несовершенства в целом. В такой перспективе социальные факторы повышают вероятность расстройств и являются их истинными причинами. Хотя автор и признает, что генетическая предрасположенность и нейробиологическая восприимчивость преобразуют переживание социального давления в депрессивное или паническое расстройство, однако, по его мнению, главное – это социальный дистресс.

Привлекательность диагноза как средства решения гуманитарных проблем. Многоплановая сложность проблемы диагностики психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС с большой долей вероятности порождает проблему привлекательности диагноза для пациента и выбора врачом-психиатром между «туманной» ясностью медицинского заключения и суждениями морального плана. Другими словами, возникает необходимость отдать предпочтение тому, что психиатр хотя и с определенными сомнениями считает клинической реальностью (и идентифицирует ее как отсутствие психических расстройств), при этом чувствует себя свободным от обязательств морального плана, или тому (установление диагноза), что позволяет защитить интересы и права пациента, пострадавшего при ликвидации последствий экологической катастрофы.

В первом случае диагностирование оказывается таким процессом, который может увести врача за пределы уважения человеческих интересов и прав на получение компенсации вреда, причиненного здоровью, что усугубляет у пациента проявление дистресса, ощущение ненужности и фрустрационной напряженности.

Во втором случае привлекательность диагноза как средства достижения целей отражает стремление делать людям добро и учитывать личные интересы диагностируемого. При этом у пациентов возникает комфортное ощущение

благополучия и возможности облегчения своего состояния за счет уверенности в реальности получения льгот.

Так чему же следует отдать предпочтение: ортодоксальному профессионализму или этическому выбору? Диагнозу, позволяющему воспользоваться правом на социальную помощь или признанию пациента здоровым с лишением его этой поддержки? Вопрос риторический. Взвешенная оценка, лишенная предубежденности и конъюнктурных аспектов, должна состоять в том, что при оказании психиатрической (лечебно-диагностической) помощи врач-психиатр должен руководствоваться только медицинскими показаниями, своими профессиональными знаниями, медицинской этикой и законом (статья 12 Закона Украины «О психиатрической помощи»). Из этого вытекает необходимость профессионального компетентного отношения к пострадавшим и всесторонней защиты их интересов.

Главным аспектом помощи этому контингенту больных должна стать гарантированная государством адекватная социальная поддержка. Смягчая влияния стрессов на организм («буферный» эффект), она способствует сохранению здоровья и благополучия человека, облегчает адаптацию. Отсутствие социальной поддержки со стороны общества, производства и семьи резко снижает потенциальные ресурсы личности (копинг-ресурсы), способствует декомпенсации механизмов психологической защиты; усугубляет состояние субъективного дистресса и повышает вероятность возникновения кризисных состояний (распад семьи, суициды и т.п.).

В обобщенном виде основные этические задачи могут выглядеть следующим образом:

1. Оказание помощи в нормальном функционировании пациента в повседневной жизни.
2. Соблюдение паритета в отношении интересов государства (размер социальных выплат ликвидаторам) и удовлетворения интересов и нужд пациентов.
3. Недопустимость определяющего значения личных убеждений врача (предубежденности), его идеологических воззрений и пристрастий при оказании лечебно-диагностической помощи, что может привести к принятию неоптимальных решений и дистанцированию психиатров от пациентов, нуждающихся в оказании им специализированной помощи.
4. Участие в принятии диагностических и экспертных решений моральной интуиции.
5. Беспристрастность и партнерство по отношению к пациентам, чьи интересы защищаются.

В соответствии со ст.12 Закона Украины «О статусе и социальной защите граждан, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы» причинная связь между заболеванием, связанным с Чернобыльской катастрофы, частичной или полной утратой трудоспособности граждан, которые пострадали вследствие Чернобыльской катастрофы, и Чернобыльской катастрофой считается установленной (независимо от наличия дозиметрических показателей или их отсутствия), если она подтверждена во время стационарного обследования пострадавших уполномоченной медицинской комиссией не ниже областного уровня. В соответствии с этой статьей ответственность за установление причинной связи и инвалидности у пострадавших приказом Минздрава Украины № 150 от 17.05.97 [5], возложена на:

- областные (городские) специализированные врачебно-консультативные комиссии (спец ВКК);
- специализированные врачебно-консультативные экспертные комиссии (спец МСЭК);
- региональные межведомственные экспертные комиссии.

Применительно к психическим расстройствам технология установления причинной связи заболевания и инвалидности с Чернобыльской катастрофой не имеет четкой регламентации и надежных критериев.

Документом, на основании которого может быть установлена причинная связь (ПС) психических расстройств с действием ионизирующего излучения и других вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС, является приказ Минздрава Украины №150 от 17.05.1997г., которым утверждены соответствующие нормативные акты:

1) Перечень заболеваний, при которых может устанавливаться причинная связь с действием ионизирующего излучения и других вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС;

2) Инструкция по использованию Перечня болезней (ПБ), при которых может устанавливаться ПС.

Перечнем предусматривается, что ПС может устанавливаться только при психических нарушениях вследствие органического поражения мозга, в частности (МКБ-9):

- транзиторных психических состояниях вследствие органических заболеваний;
- хронических психотических состояниях вследствие органических заболеваний;
- симптоматических, других и неуточнен-

ных психозах;

- патологическом развитии личности (301);
- специфических непсихотических психических расстройствах на основе органического поражения головного мозга (310);
- депрессивных расстройствах вследствие органических поражений головного мозга (311).

Эти психические расстройства отнесены к третьей группе заболеваний, развитие которых может быть связано с действием не только ионизирующего излучения, но и иных вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС. Нормативными актами при них предусматривается возможность инвалидизации больных, однако критерии снижения трудоспособности не уточняются.

Использование приказа Минздрава Украины № 150 в клинической практике, в работе психиатрических врачебно-консультативных и медико-социальных экспертных комиссий позволило выявить ряд спорных моментов и неточностей, затрудняющих работу с этим контингентом больных.

1. Установление диагноза, включенного в перечень психических расстройств (далее «перечень») само по себе еще не означает ПС, так как эти нарушения могут иметь другое происхождение. Необходимы четкие и надежные клинико-инструментальные критерии установления такой связи. В противном случае произвольно-формальное толкование «перечня» не исключает многочисленных ошибок при установлении связи.

2. По данным научного центра радиационной медицины АМН Украины (6) разброс психических расстройств у ликвидаторов аварии в контексте МКБ-10 значительно превышает диапазон психических расстройств, регламентированных приказом Минздрава Украины №150, на основе МКБ-9. Несопоставимость диагностических критериев психических расстройств, предусмотренных МКБ-10 (введена в Украине и используется в клинической практике с 1.01.1999г.), и «перечня», составленного на основе МКБ-9, произвольное и нередко не соответствующее требованиям МКБ-10 толкование понятий «органическое», «симптоматическое», «психоорганическое», существенно влияют на адекватность экспертных заключений о наличии ПС и степени снижения трудоспособности.

Вопрос о причинной связи заболеваний должен решаться с учетом всего комплекса вредных факторов аварии с обязательным подтверждением снижения физической и психической трудоспособности, установленного инструментальными

ми методами с учетом временной нетрудоспособности. Из этого следует необходимость более глубокой проработки и конкретизации перечня «других вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС», а также унификации методов и критериев оценки снижения физической и умственной трудоспособности больных.

3. Психические расстройства вследствие органического поражения головного мозга являются основной группой заболеваний, при которых устанавливается ПС. Однако отсутствие четких критериев и однозначного понимания содержания понятия «органический», а также неспецифический характер нарушений не исключают установления связи при органическом поражении мозга любого происхождения и даже в случаях отсутствия такового.

4. Отсутствие критериев установления-неустановления ПС при хронических изменениях личности (патологическое развитие личности по МКБ-9) повышает вероятность ошибочного установления связи при деформациях личности иного происхождения, в частности, в связи с распространенными социально-стрессовыми факторами.

Учитывая отсутствие специфических признаков органического (в т.ч. симптоматического) поражения головного мозга и возникающих при остром и хроническом облучении малыми дозами радионуклидов психических расстройств, установить надежные критерии, верифицирующие причинную связь их с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС не представляется возможным. Отсутствие таких критериев способствует ошибкам в установлении (неустановлении) связи, что в равной мере нарушает принцип адресного предоставления льгот.

Тем не менее, существует ряд критериев, которые можно использовать в работе межведомственных экспертных комиссий при установлении связи наиболее распространенных у этого контингента больных психических расстройств (F06 и F07) с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

Общие критерии.

1. Верифицированное участие в ЛПА и получение дозы облучения.

2. Наличие коморбидной соматической патологии с обязательным нарушением сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и эндокринной систем (соматическая предрасположенность).

3. Наличие дисциркуляторной энцефалопатии с рассеянной или микроочаговой неврологической симптоматикой (церебрально-органи-

ческая предрасположенность).

4. Наличие объективных признаков нарушения регуляции мозгового кровообращения.

5. Нарушения биоэлектрической активности головного мозга.

6. Экспериментально установленное снижение когнитивных функций.

Критерии причинной связи F06 Органического (симптоматического) эмоционально-лабильного (астенического) расстройства с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

1. Коморбидная соматическая патология с преобладанием церебро-васкулярных (гипертоническая болезнь II стадии, ранний церебральный атеросклероз), эндокринных (тиреозит, диабет) и желудочно-кишечных заболеваний.

2. Дисциркуляторная энцефалопатия с рассеянной неврологической симптоматикой.

3. Организованный паттерн ЭЭГ или нерезко выраженные нарушения биоэлектрической активности с преобладанием альфа-активности, отражающей диэнцефально-стволовые нарушения с раздражением ассоциативных ядер таламуса, угнетением ретикулярной формации ствола мозга и заднего гипоталамуса.

4. Умеренно выраженные нарушения центральной регуляции тонуса сосудов гипертонического типа без нарушений венозного оттока.

5. Экспериментально установленное снижение динамических характеристик познавательных процессов.

6. Нерезко выраженные нарушения гемодинамики при функциональных пробах.

Критерии причинной связи F07 Органического расстройства личности с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС

1. Дисциркуляторная энцефалопатия с микроочаговой неврологической симптоматикой преимущественно диэнцефально-стволового уровня с нерезко выраженными пирамидными и экстрапирамидными симптомами.

2. Плоский низкоамплитудный тип ЭЭГ (реже дезорганизованный) с диффузным преобладанием сигма-диапазона, особенно в лобно-височных отделах мозга с латерализацией в левое, доминирующее полушарие; умеренные общемозговые изменения с акцентом поражения в лобных отделах и лимбической системе.

3. Выраженные нарушения центральной регуляции тонуса сосудов гипертонического типа чаще в вертебро-базиллярном бассейне. Асимметрия кровоснабжения мозга в сочетании с общим снижением кровенаполнения мозга и, в

первую очередь, задних медио- базальных структур; нарушения венозного оттока.

4. Экспериментально установленное снижение памяти, внимания, умственной работоспособности и целенаправленной деятельности.

5. Объективно установленные признаки гидроцефалии.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о важности профессионально-эти-

ческих аспектов диагностики психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС и о необходимости пересмотра критериев, верифицирующих причинную связь этих нарушений с участием в ликвидации последствий аварии. Следует также переработать нормативную базу относительно заболеваний, при которых может быть установлена причинная связь с действием ионизирующего излучения, на основе МКБ-10.

В.А. Абрамов

ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЛІКВІДАТОРОВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧЕРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

У роботі представлені основні професійно-етичні проблеми, які вирішуються по відношенню до ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС. Показані труднощі при встановленні причинного зв'язку психічних розладів з дією іонізуючого випромінювання. Розроблено критерії причинного зв'язку основних психічних розладів з участю у ліквідації наслідків аварії. Показана необхідність удосконалення нормативних актів, що регламентують експертно-діагностичні рішення у цієї категорії хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 3-8)

V.A. Abramov

PROFESSIONAL AND ETHICAL ASPECTS OF MENTAL DISORDERS DIAGNOSTIC IN LIQUIDATORS OF THE CONSEQUENCES OF THE ACCIDENT ON CHERNOBYL AES

Donetsk State Medical University by M.Gorky, Ukraine

In the article the main professional and ethical problems that resolves according to liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES are demonstrated. The difficulties of establishing of the causal connection of the disorders and the action of ionizing irradiation's are shown. The criterions of causal connection of the main mental disorders with taking part in liquidation of consequences of the accident are worked out. The necessity of improvement of normative acts the regulations expert and diagnostic decisions in this category of patients is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 3-8)

Литература

1. Райх В. Психиатрический диагноз как этическая проблема. Этика психиатрии. Под редакцией Сиднея Блоха и Пола Чодоффа. Киев. 1998. – С.84-106.
2. Goldberg D., Benjamin S., Greed F. Psychiatry in medical practice. 1994.
3. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев, 1998. – 350 с.
4. Kleinman A. Rethinking Psychiatry/ London: The Free Press. – 1988.

5. Наказ Міністра охорони здоров'я України №150 від 17.05.97 р. «Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».
5. Логановский К.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты психиатрических последствий Чернобыльской катастрофы. Журнал социальной и клинической психиатрии. 1999. - № 1. – С.5-15.

Поступила в редакцию 23.04.2002г.

УДК 614. 876 (616-036)

*М.П. Боро***МНОГОФАКТОРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ**

Донецкая областная психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Украина

Ключевые слова: психосоматика, чернобыльская катастрофа, патодинамические факторы

Чернобыльская катастрофа повлекла за собой целый ряд экологических, социальных, психологических и медицинских последствий, которые за прошедшие после нее 15 лет не только не утратили, но приобретают все большее значение. Это объясняется ростом соматической и психической патологии как у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, так и у членов их семей. Борьба с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС в настоящее время продолжает оставаться одной из самых актуальных и еще далеко не решенных медицинских и социальных проблем, таких как причина инвалидности и смертности, алкоголизация, суициды, вызывающих серьезную озабоченность общественности и здравоохранения [3].

В структуре нарушений у этого контингента больных первое место занимают психические расстройства [1,2,3,7,10,11,12,13]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных их изучению, до настоящего времени отсутствует единая концепция природы и развития поражения, его систематика, классификация форм, не выяснена связь стереотипа развития, структурных изменений головного мозга с суммарной дозой радиации, не освещены вопросы дифференциальной диагностики, отсутствует структурно-динамическая клиническая модель болезни [14].

Представления о влиянии радиации на ЦНС остаются весьма противоречивыми. Общепринятым считается, что клеточные структуры мозга поражаются только при действии высоких доз ионизирующего излучения. Нарушение функций мозга при воздействии более низких доз ряд специалистов связывал с радиационным поражением церебральной сосудистой сети, что и определяло характер изменения (ишемический) мозговых структур [10]; другие считали, что это - результат неспецифических реакций на радиационное поражение. В контексте нерадиационной этиологии большое внимание уделялось хро-

ническому психоэмоциональному стрессу, социально-экономическим проблемам, т.е. социально-стрессовым факторам, влиянию патологии внутренних органов и церебральной резидуально-органической недостаточности. Таким образом, имеющиеся данные не позволяют достоверно связать неврологические и соматические нарушения исключительно с непосредственным воздействием ионизирующего излучения [1,2,11,12,13,18]. Одни и те же психоневрологические изменения одни авторы расценивают как проявления энцефалопатии, другие — как следствие «вегетосудистой» или «нейровегетативной» дистонии, вызванной стрессогенными факторами, радиофобией и т.д. [5,6,13].

В последнее время концепция экзогенно-органической природы психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) находит все больше сторонников [9,10,14]. Вместе с тем, совокупность факторов, влияющих на патогенез и патокинез заболевания, представляется большинству авторов неоднородной. С точки зрения ряда авторов [18], нервно-психические расстройства у ликвидаторов вызывались комплексом причин, как физиогенных (влияние радиации), так и психогенных; в зависимости от комбинации указанных факторов и преморбидной личности определялась клиническая картина заболевания. И все же, учитывая наличие влияния целого комплекса вредных факторов, сосудистую, нейроэндокринную дисфункцию у «ликвидаторов» можно считать достоверной концепцию психосоматического патологического развития личности [11].

Учитывая вышеизложенное, целью исследования явилось описание структурно-динамической клинко-психопатологической модели психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в ее взаимосвязи как с повреждением головного мозга, так и с дистрессовыми факторами.

Материал и методы исследования

Комплексно обследованы 300 участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, которые в 1986-1988 годах работали в 30-км зоне. Все они прошли обследование и стационарное лечение в психосоматическом центре в 1997-1999 годах, т.е. спустя 10-12 лет после участия в указанных работах.

Пациенты с сопутствующими активно текущими соматическими заболеваниями, способными вызвать соматогенное поражение мозга, оказывать значимое влияние на гемодинамику, вегетативную сферу, а также на исследуемые биохимические и иммунологические параметры из исследования были исключены. Кроме того, из исследуемой группы ЛПА исключены и лица, страдавшие еще до участия в работах по ликвидации последствий аварии соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями. Все обследованные ЛПА до участия в работах в зоне аварии были практически здоровы, за медицинской помощью обращались в случае острых респираторных заболеваний или травм, исключая черепно-мозговую травму. Подтверждением служила медицинская документация (амбулаторные истории болезни и справки медицинских комиссий при РВК о признании обследованных здоровыми, годными к работе с источниками радиации). Особое внимание уделялось вопросу приема ликвидаторами спиртных напитков. Лица, клиническая картина которых удовлетворяла критериям большого наркоманического синдрома, что являлось основанием для диагностики хронического алкоголизма, в группу обследования не включались.

Все пациенты были мужского пола. Распределение обследованных по возрасту на момент обследования было следующее:

До 25 лет больных не было; 26-30 лет — 10 больных (3,3 %); 31-35 лет — 60 больных (19,8 %); 36-40 лет — 20 больных (6,6%); 41-45 лет — 100 больных (33,3 %); 46-50 лет — 80 больных (26,4 %); 51-55 лет — 20 больных (6,6%); более 55 лет — 10 больных (3,3 %).

По возрасту на момент участия в ЛПА распределение пациентов было следующее:

До 25 лет — 80 больных (26,4%); 26-30 лет — 20 больных (6,6%); 31-35 лет — 12 больных (39,9%); 36-40 лет — 60 больных (19,8%); 41-45 лет — 20 больных (6,6%).

В зависимости от полученного образования обследованные были разделены следующим образом: среднее образование имели 90 человек (29,7%),

среднее специальное — 100 пациентов (33,3%), среднее техническое — 60 пациентов (19,8%). Высшее образование имели 50 человек (16,5%).

На момент исследования большинство больных имели семью (220 человек, 72,2%), 60 пациентов (19,8%) находились в разводе, 20 (6,6%) — были холосты. Свои семейные отношения оценивали в целом как гармоничные 140 пациентов (46,2%). Были признаны инвалидами 200 человек (66%) (III группа — 130 (42,9%), II группа — 70 (23,1%) человек. Не работали на момент обследования 220 пациентов. Продолжали работать 80 человек (рабочими — 50, служащими - 30 человек).

Участники ЛПА на ЧАЭС выполняли следующие виды работ: дезактивация территории - 120 (39,6%) человек, дезактивация оборудования и механизмов — 40 человек (13,2%), строительство саркофага — 30 человек (10,0%). На крыше реактора трудились 50 человек (16,5%). Тридцать (10,0%) работали на могильниках, тридцать (10,0%) были дозиметристами, пятьдесят человек (16,5%) — строителями, один (3,3%) — водителем, и еще десять пациентов (3,3%) занимались тушением пожаров торфяников. Длительность пребывания ЛПА в зоне аварии колебалась от 4 дней до 1 года 2 месяцев.

Зафиксированная в официальных документах доза облучения была выявлена у 24 человек. Точная оценка дозы была невозможна из-за отсутствия надежной инструментальной дозиметрии во время участия в работах. Указанные дозы часто являлись условными или приблизительными. Доза меньше 5 бэр зарегистрирована у 90 человек (29,7%). У 20 человек (6,6 %) зарегистрированная доза находилась в границах от 5 до 10 бэр, у 40 человек (13,2%) — от 11 до 15 бэр, у 20 человек (6,6 %) — от 16 до 20 бэр, у 70 человек (23,1 %) — от 21 до 25 бэр.

Таким образом, согласно исходным данным, обследованные больные получили так называемую «малую» дозу облучения (до 100 бэр).

Пациенты отмечали, что уже в период работы в зоне у них имели место различные «физические» ощущения. К ним они относили: головную боль (120 человек, 39,6%), общую слабость, вялость (100 человек, 33,3%), металлический привкус во рту (90 человек, 29,7%), сухость во рту (70 человек, 23,1 %), першение в горле (70 человек, 23,1 %). Головокружение и «предобморочное» состояние испытывали соответственно 60 (19,8%) и 40(13,2%) человек. Психические

переживания охарактеризовали как тревожные 80 человек (26,4%), 60 человек (19,8%) испытывали страх по поводу эффектов радиации.

Все пациенты в период настоящего обследования были осмотрены смежными специалистами: невропатологом, терапевтом, эндокринологом, окулистом. Невропатологом у всех пациентов диагностирована «дисциркуляторная энцефалопатия» (у 70 пациентов (23,1%) — 1 стадии, у 210 пациентов (70,2%) — 2 стадии, у 20 пациентов (6,7%) — 3 стадии).

Группу сравнения составили 190 больных с атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией. В группу вошли лица, радиационное воздействие на которых не отличалось от уровня естественного фона.

Для систематизации данных, оценки психопатологических нарушений, установления их связи с пребыванием в зоне аварии использовалась специально составленная «Карта исследования». В карте учитывались социально-демографические данные обследованных, радиологический анамнез, клиничко-динамические показатели и др.

Все симптомы ранжировались по 4-бальной шкале: 0 — отсутствие симптома; 1 — слабая, 2 — умеренная и 3 — сильная его выраженность. Параметры группировались по разделам, направленным на выяснение астенических, невротоподобных, аффективных расстройств, вегетативных

и соматоформных нарушений, а также симптомов органического поражения головного мозга.

Экспериментально-психологическое исследование включало методики оценки состояния активного внимания и памяти: счет по таблицам Шульте, проба Крепелина, проба на запоминание 10 слов (слуховая память) и 10 символов (зрительная память), корректурная проба. Для изучения уровня абстрактно-логического мышления применялась методика выделения существенных признаков, установления простых аналогий и закономерностей числового ряда. Также использовались методики Дембо-Рубинштейна, Розенцвейга, Шмишека, Спилбергера-Ханина, опросник ЛОБИ и опросник Котенёва И.О. (1997), направленный на выявление посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

РЭГ и ЭЭГ проводили стандартно [10,11,19].

Статистические методы обработки результатов. Обработку полученных результатов проводили методами вариационной статистики на ЭВМ. Достоверность различий оценивали с помощью использования критерия Стьюдента, непараметрического критерия χ^2 . В качестве критерия статистической значимости взаимовлияния параметров использовался коэффициент ранговой корреляции (r) по принципу «каждый с каждым», с построением корреляционной матрицы между исследованными показателями.

Результаты исследования и их обсуждение

Частота встречаемости симптомов и их распределение по выраженности (1, 2 и 3 балла) представлены в таблице № 1.

Синдромально психическое состояние было оценено как астено-субдепрессивный синдром у 10 человека (3,3%), астено-ипохондрический — у 10 человек (3,3%), хронический конфабулез — у 10 человек (3,3%). Органический психосиндром (ОПС) был диагностирован у 270 человек (89,9%), при этом его астеническая форма обнаружена у 190 пациентов (63,3%), взрывчатая — у 80 (26,6%).

Структурно-динамический анализ заболевания начинался с изучения предрасположенности. Наследственность была отягощена гипертонической болезнью у 50 пациентов (16,5%), острыми нарушениями мозгового кровообращения - у 80 человек (26,4%), эпилепсией — у 10 человек (3,3%), шизофренией — у 20 человек (6,7%). Преморбидная акцентуация характера была оценена как психастеническая у 40 человек (13,3%), эпилептоидная — у 50 (16,65%), истеро-эпилептоидная — у 30 (10,0%), гипертимная — у 20

(6,7%), шизоидная — у 30 (10,0%), истеро-гипертимная — у 30 (10,0%). У 100 пациентов (33,3%) преобладания черт определенной акцентуации выявлено не было.

Наиболее часто (69,9%) дебют заболевания состоял в появлении астении и цефалгий. В 30,1% дебютом заболевания явились признаки вегетативной дисфункции и развитие психосоматических расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем организма. В дальнейшем чаще всего (79,9%) наблюдалось поступательно-прогредиентное течение заболевания с постепенным усложнением психических расстройств. В 20,1 % случаев последующее течение носило волнообразный характер с периодической сменой состояний ухудшения и облегчения. В 60 случаях (20%) за этапом прогредиентного или волнообразного течения расстройств отмечалась их относительная стабилизация с сохранением основного симптомокомплекса.

Распределение ЛПА по срокам начала заболевания позволило выделить 2 группы:

1. Лица, заболевшие через 1 год и менее после начала работ – ЛПА1 (130 человек, 43,3%).

2. Лица, заболевшие в срок более 1 года от начала работ – ЛПА2 (170 человек, 56,7%).

Таблица 1

Частота встречаемости симптомов и их распределение по выраженности

Симптом	Частота	Тяжесть		
		16	26	36
слабость	300 (100%)	80	210	10
повышенная психическая утомляемость	270 (89,9%)	120	130	20
повышенная физическая утомляемость	260 (86,6%)	30	180	50
снижение инициативы	220 (73,3%)	160	50	10
частые пробуждения	300 (100%)	50	240	10
сонливость днем	250 (83,3%)	190	60	0
кошмарные сновидения	180 (59,9%)	90	80	10
отсутствие чувства «насыщения сном»	240 (79,9%)	160	60	20
нарушения внимания	280 (93,2%)	170	100	10
симптом «разбегающихся мыслей»	140 (46,6%)	90	50	0
замедленность мышления	210 (69,9%)	80	110	20
нарушение засыпания	290 (96,6%)	40	230	20
тревога	160 (53,3%)	120	30	10
сердцебиение	180 (59,9%)	120	60	0
приступы*	240 (79,9%)	-	-	-
эпи. пароксизмы	70 (23,3%)	-	-	-
конфабулез	1 (3,3%)	0	10	0
постоянные воспоминания или переживания стрессового воздействия	20 (6,7%)	20	0	0
сенестопатии	180 (59,9%)	90	90	0
приступы паники	80 (26,6%)	40	30	10
снижение аппетита	11 (36,6%)	60	50	0
снижение веса	120 (40,0%)	60	60	0
психосенсорные рас-ва	70 (23,3%)	40	30	0
элементарные галлюцинации	240 (79,9%)	170	70	0
остеоартралгии	290 (86,6%)	120	140	30
суточные колебания: утром лучше	260 (86,6%)	100	120	40
утром хуже	20 (6,7%)	10	10	10
слабость в конечностях	210 (69,9%)	120	70	20
метеочувствительность	290 (96,6%)	130	150	10
непереносимость жары	300 (100%)	120	160	20

* Под приступами понимается остро, но не пароксизмально, возникающее изменение состояния. В эту категорию включены синкопальные состояния

С учетом оценки динамики развития психопатологических симптомов следует, что заболевание в первой группе имело более прогрессивное течение, что проявилось в более быстром возникновении интеллектуально-мнестических нарушений ($4,7 \pm 1,1$ года от начала заболевания в группе ЛПА1 и $6,3 \pm 1,4$ года в группе ЛПА2), более интенсивном нарастании симптоматики, и, соответственно, более ранней инвалидизации ($6,7 \pm 1,2$ года от начала заболевания в группе ЛПА1 и $9,6 \pm 1,8$ лет в группе ЛПА2). Различия достоверны ($p < 0,05$). Анализ периодов и сроков участия в работах и официально (формально) зарегистрированной дозы облучения показал отсутствие статистически достоверных различий в группах.

Для всех больных оказалось характерным снижение памяти. В пробе на запоминание 10-ти слов пациенты воспроизводили в среднем $3,2-3,7-4,9$ слов, отсроченно — $3,9$. У 270 человек (89,9%) отмечалась выраженная истощаемость психической деятельности. Об этом можно было судить по результатам выполнения заданий в начале и конце исследования. При исследовании по таблицам Шульте кривые работоспособности у большинства больных (240 пациентов, 79,9%) соответствовали гипостеническому типу. Количество ошибок при выполнении корректурной пробы достоверно возрастало при выполнении задания. Среднее количество ошибок при выполнении

одной пробы составило $12,3$. Темп выполнения заданий свидетельствовал о снижении умственной работоспособности у 290 больных (96,7%).

При выполнении заданий по методикам выделения существенных признаков, образования простых аналогий, больные обнаруживали ошибочные суждения, в основе которых чаще лежали ассоциации по конкретно-ситуационным признакам. При исследовании эмоционально-личностной сферы у обследованных были выявлены следующие особенности. У 220 больных (73,3%) отмечался высокий уровень ситуативной тревожности, у 70 человек (23,3%) — умеренно высокий, и только у 10 человек (3,3%) — низкий уровень тревожности. Методика диагностики типа отношения к болезни дала следующие результаты: наиболее часто встречались дисфорический (70 человек, 23,3%) и смешанный (60 человек, 20,0%) типы. Эргопатический тип встречался в 50 случаях (16,7%); в 40 случаях (13,3%) диагностирован сензитивный тип, в 30 (10,0%) — неврастенический тип. Гармонический тип диагностирован у 50 пациентов (16,7%).

При исследовании по методике Дембо-Рубинштейн у 260 пациентов (85,8%) показатели по шкалам «здоровье», «умственные способности», «достижения в жизни», «счастье» были ниже срединной отметки по шкале. Результаты применения методики выявления ПТСР представлены в таблице №2.

Таблица 2

Результаты исследования по методике ПТСР

шкалы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ЛПА	$42,9 \pm 3,5$	$68,8 \pm 12,1$	$36,5 \pm 4,1$	$41,1 \pm 5,2$	$59,2 \pm 6,0$	$61,1 \pm 4,3^*$	$73,5 \pm 6$	$79,1 \pm 5,8^*$	$65,4 \pm 3,9^*$	$69,7 \pm 4,5^*$
контроль	$49,2 \pm 3,9$	$52,3 \pm 9,6$	$51,4 \pm 6,7$	$50,0 \pm 6,7$	$51,1 \pm 5,9$	$49,2 \pm 3,8^*$	$53,1 \pm 4$	$51,8 \pm 4,7^*$	$50,0 \pm 3,5^*$	$51,1 \pm 3,1^*$

Примечание: 1-«ложь»; 2-«агравация»; 3-«диссимуляция»; 4-«событие травмы»; 5-«повторное переживание травмы»; 6-«симптомы избегания»; 7-«симптомы гиперактивации»; 8-«дистресс и дезадаптация»; 9-«ПТСР»; 10- «депрессия».

*- отличия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Приведенные выше результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии органического патопсихологического симптомокомплекса. Несмотря на достоверное различие выраженности ПТСР (по результатам примененной методики) в группе ЛПА и контрольной группе, полученные результаты свидетельствуют о «вероятном наличии расстройства» [8], лишь при значениях выше 80 баллов наличие расстройства считается доказанным.

Результаты РЭГ. У обследованных (260 человек, 86,6%) преобладали РЭГ гипертонического типа, что проявлялось закруглением вершины, смещением дикротического зубца к вершине, уменьшением выраженности инцизуры. Отмечалась значительная частота дистонии мозговых сосудов (непостоянство расположения дикротического зубца и выраженности его инцизуры), преимущественно гипертонического типа. Венозный отток был затруднен в 80 случаях (26,6%).

Значение реографического индекса (РИ), характеризующего интенсивность пульсового кровоснабжения (ПК), по сравнению с контролем, было ниже в каротидном бассейне на 22,5% ($p < 0,001$) и составило $1,272 \pm 0,04$ усл.ед. Коэффициент асимметрии ПК был $35,4 \pm 4,5\%$ в каротидном бассейне и $28,9 \pm 4,8\%$ в вертебробазиллярном бассейне. Модуль упругости, отражающий тоническое напряжение сосудистой стенки, был $15,34 \pm 0,289\%$ (на 8,2% выше, чем в контроле, $p < 0,05$). Результаты свидетельствуют о том, что нарушения церебральной гемодинамики обусловлены снижением эластичности сосудистой стенки, ее гипертонусом, что приводит к уменьшению ПК.

Результаты ЭЭГ. Исследование фоновых записей ЭЭГ в состоянии покоя в группе ЛПА показало, что параметры ЭЭГ не имели отклонения от нормальных показателей всего лишь у десяти пациентов (3,3%). Организованный тип ЭЭГ с преобладанием альфа-ритма и сохранением зональных различий отмечен у 30 пациентов (10,0%). У 240 пациентов (79,9%) установлены диффузные изменения, причем у 80 (26,6%) — легкие, у 110 (36,6%) — умеренные и у 50 (16,7%) — значительные. Гиперсинхронный тип ЭЭГ наблюдался у 40 пациентов (13,3%).

Дезорганизованный тип ЭЭГ отмечен у 30 больных (10,0%). Эпилептические формы активности наблюдались у 120 (40,0%) больных. Результаты свидетельствуют о микроструктурных изменениях на уровне коры головного мозга. Значительная представленность эпилептиформных изменений также является следствием «органического» поражения мозга (F07.9).

Результаты экспериментально-психологического исследования, выявившего признаки органического патопсихологического симптомокомплекса (интеллектуально-мнестическое снижение, истощаемость активного внимания и памяти), электрофизиологических исследований (нарушение тонуса сосудов головного мозга, снижение ПК по РЭГ, присутствие очаговых и диффузных изменений биоэлектрической активности мозга по ЭЭГ) позволяют утверждать, что изучаемые у ликвидаторов растрояства относятся к классу экзогенно-органических.

Результаты исследования по методике выявления ПТСР: уровень ПТСР в группе ЛПА достоверно выше, чем в контрольной группе (Табл. № 2), однако, при анализе обращает на себя внимание, что уровень ПТСР оказался высоким не за счет «специфических» шкал, таких как «со-

бытие травмы», «повторное переживание травмы», «симптомы избегания», а за счет «неспецифических» — «симптомы гиперактивации», «дистресс и дезадаптация». Это подтверждает точку зрения [14] о том, что ЛПА до настоящего времени находятся в состоянии дистресса. С этим согласуются и данные, полученные при изучении типа отношения к болезни: гармонический и эргопатический типы, характеризующиеся наименьшей выраженностью социальной и психологической дезадаптации, встречались редко. Результаты методики Дембо-Рубинштейн свидетельствовали о неуверенности в собственных силах, отсутствии полноценной жизненной перспективы, о пессимизме в отношении будущего, позиции «жертвы» и ориентации на внешнюю помощь.

При несомненной значимости «психологической» составляющей, данные о «биологическом» страдании представляются более весомыми. Так, выявленные методикой РЭГ изменчивость, нерегулярность сосудистого тонуса, его гипертоническая направленность играют несомненную роль в формировании дисциркуляторной энцефалопатии у ЛПА. Выявленное достоверное уменьшение РИ, по сравнению с контролем, как в каротидном, так и в вертебробазиллярном бассейне свидетельствует о снижении интенсивности ПК. Особенности нейродинамики головного мозга у ЛПА («уплощение» ЭЭГ-кривой, дезорганизация биоритмики с преобладанием нарушений в диапазоне альфа-ритма) свидетельствуют о микроструктурных изменениях на уровне коры больших полушарий и дисфункции структур лимбикоретикулярного комплекса.

Установлено, что заболевание ЛПА, начавшееся менее, чем через 1 год после работ, имеет более высокие показатели прогрессивности (более раннее появление интеллектуально-мнестических нарушений, быстрая и более тяжелая инвалидизация). Данные подчеркивают значимость фактора ионизирующего излучения в происхождении заболевания.

Полученные результаты могут быть использованы в клинической психиатрии (диагностика, лечение, вторичная и третичная профилактика психических расстройств у ЛПА на ЧАЭС, их реабилитация и реадaptация), экспертной практике (установление причинно-следственной связи психического расстройства с радиационным воздействием, трудовая медико-социальная экспертиза), радиологии (изучение механизмов радиационного поражения головного мозга, внедрение результатов биологической дозиметрии).

М. П. Бєро

БАГАТОФАКТОРНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АТОМНОЇ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ

Донецька ОПНЛ – медико-психологічний центр, Україна

Комплексно вивчено і обстежено 300 учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи. Було впроваджено клінічні, експериментально-психологічні, електроенцефалографічні, реоенцефалографічні обстеження. Отримані дані сопоставлені зі стресовими і патодинамічними факторами. Розроблено схему розвитку захворювання у ЛНА на ЧАЕС. Отримані дані можуть бути використані для терапевтичної, реабілітаційної та експертної роботи з цим контингентом хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 9-15)

M. P. Bero

MULTIFACTOR APPROACH TO ASSESSING MENTAL DISORDERS OF THE PEOPLE WHO LIQUIDATED CONSEQUENCES OF CHERNOBYL ATOM POWER STATION DISASTER

Donetsk regional neurological psychiatric hospital – medical – psychological center, Ukraine

300 liquidators of Chernobyl disaster consequences have undergone a complex examination. A clinical, experimentally psychological, electroencephalographic investigation has been carried out. The findings have been collated with stressors and pathodynamic factors. The disease development scheme typical of liquidators of Chernobyl disaster consequences has been made up. These findings can be applied to the therapeutic, rehabilitation, and expert work with the above-mentioned kind of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 9-15)

Литература

1. Александровский Ю.А. Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Мед.аспекты аварии на ЧАЭС. Киев. Здоровья. 1988. С. 171-176.
2. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Шукин Б.П. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях по материалам аварии на ЧАЭС//Журн. невропатологии и психиатрии. 1989. №5. С. 111-117.
3. Бєро М. П. Нарушение и коррекция здоровья семьи ликвидаторов Чернобыльской аварии.-Харків:Основа.1999.-с.234
4. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. Ростов-на-Дону. Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998.416с.
5. Гуськова А.К., Байсоголов БД. Лучевая болезнь человека. М.: Атомиздат. 1971.267 с.
6. Гуськова А.К., Шакирова И.Н. Реакция нервной системы на повреждающее ионизирующее облучение: Обзор//Журн. невропатологии и психиатрии. 1989. №2. С.138-142.
7. Королев В.И. Радиационно-гигиенические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС//Здрав. Беларуси. 1992. Вып.6. С.4-7.
8. Котенёв И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел. Методическое пособие для практических психологов. МЦ при ГУК МВД России. М., 1997.-40с.
9. Краснов В.Н., Петренко Б.Е., ВойцехВ.Ф. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 2: Клинико-патогенетические и патопластические взаимосвязи //Социальная и клиническая психиатрия. 1993. №4. С. 6-20.
10. Морозов А.М., Крыжановская Л.А. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Киев. «Чернобыльинтеринформ». 1998.330с.
11. Напреенко А. К., Нягу А. И., Логановский К. М., Здоренко Л. Л. Экспертиза психической нетрудоспособности у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы.// Архив психиатрии 2001. 1-2 (24-25). С.7-14
12. Нягу А.И. Психоневрологические и психологические аспекты последствий аварии на Чернобыльской АЭС. / Вестн. АМН СССР. 1991. №11. С. 31-32.
13. Романенко А.Е., Нягу А.И., Калинаускас И.Н., и др. Психологические аспекты аварии на ЧАЭС.//Проблемы радиационной медицины: Респ. межвед. сб. Вып. 3. Киев. Здоров'я. 1991. С. 3-7.
14. Румянцева Г.М., Лебедева М.О. Посттравматическое стрессовое расстройство//Акт. и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле : Тез. докл. междунар. конф. Киев. 1995.
15. Торубаров Ф.С., Чинкина О.В. Психологические последствия аварии на Чернобыльской АЭС: Обзор//Клин. медицина. 1991. №11.С.24-28.
16. Хомазюк И.Н. Состояние здоровья лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Вестн. АМН СССР. 1991. №11.С.31-32
17. Цыб А.Ф., Ильин Л.А., Иванов В.К. Радиационные риски Чернобыля : оценка показателей смертности, заболеваемости и инвалидности по данным Национального радиационноэпидемиологического регистра // Радиоэкологические, медицинские и социально-экономические последствия аварии на Чернобыльской АЭС. Реабилитация территорий и населения. Матер. научно-практ. конф. М., НМЦ «Голицино». 1995.С 37-52.
18. Чуприков АЛ., Крыжановская Л.А. Спорные вопросы диагностики и экспертизы психических нарушений у пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС. Киев. 1993. С.278-282.
19. Messerschmidt O. Medical aspects of radiation accidents // Radiation Exposure and Occupational Risks. Berlin - Heidelberg - New-York: Springer-Verlag, 1989. P. 75-95.

Поступила в редакцию 18.06.2002г.

УДК 616.89-008.434.8:612.014.482

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, Р.А. Грачев, Т.А. Бурцева***НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: качество жизни, психическое благополучие, алекситимия, ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС

Важнейшим резервом для совершенствования медико-социальных форм помощи УЛПА на ЧАЭС является оценка особенностей качества их жизни. С этой целью было проведено комплексное психологическое исследование 60 УЛПА на ЧАЭС (55 мужчин и 55 женщин), находившихся на лечении в психосоматическом центре Донецкой областной психиатрической больницы, и 60 здоровых людей сходного возраста.

Клиническая картина психических расстройств УЛПА на ЧАЭС характеризовалась ощущениями подавленности, снижения работоспособности, утратой интереса к общению, окружающей жизни, беспокойством по поводу ближайшего будущего и перспектив своего соматического здоровья. У большинства больных обнаруживались затруднения при описании своего состояния, детализация многочисленных жалоб, а также психологически понятная связь понижения настроения с утяжелением соматического состояния. Отмечались суточные колебания настроения, характерные для астенических депрессий, и более или менее выраженное снижение способности к целенаправленной деятельности. В диагностическом плане пациенты чаще всего рассматривались в рамках органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства.

Программа исследования включала следующие методики:

- Индекс качества жизни (КЖ-1): включает 37 категорий оценки индивидуального восприятия (самооценки удовлетворенности) окружающей среды по шкале от 1 до 9 баллов (авторская адаптация опросника Рассела) [1].

- Формализованный опросник, позволяющий подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального функционирования больных – включает 10 вопро-

сов-утверждений (КЖ-2) [2].

- Шкала субъективного благополучия (ШСБ) [3].

- Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) – адаптирована в Санкт-Петербургском институте им.В.М.Бехтерева [4].

- Восьмицветный тест Люшера.

Анализ полученных результатов показал, что по методике КЖ-1 в диапазоне низких оценок основной группы находятся показатели по шкалам «карьера» (работа) $4,00 \pm 2,44$ балла, личных долговременных и кратковременных устремлений ($3,13 \pm 1,57$ балла), самоощущения здоровья ($2,37 \pm 1,67$ балла), индивидуального общения ($4,30 \pm 2,63$ балла), возможности времяпрепровождения в одиночестве ($4,33 \pm 2,43$ балла), религиозной и духовной поддержки ($3,83 \pm 2,96$ балла), отношения к физическому состоянию и окружающей среде ($2,97 \pm 1,94$ балла), жизненных кризисов за последние 6 месяцев ($3,07 \pm 2,07$ балла), удовлетворенности своей физической активностью ($3,77 \pm 1,86$ балла), удовлетворенности сном ($2,50 \pm 2,29$ балла), способности самостоятельно принимать решения ($3,30 \pm 1,47$ балла), пессимистических (оптимистических) тенденций ($3,73 \pm 1,91$ балла), приспособленности (индивидуальной и профессиональной гибкости) ($4,2 \pm 2,49$ балла), склонности к гневу ($3,17 \pm 2,04$ балла), самоуважения ($3,97 \pm 2,60$ балла), ясности жизненных ценностей и принципов ($4,13 \pm 2,31$ балла).

По всем перечисленным выше шкалам средние значения показателей оказываются ниже среднего уровня индекса качества жизни ($4,71 \pm 0,91$ балла) в основной группе, являющегося индикатором суммарной удовлетворенности личностным и социальным функционированием. Полученный спектр нарушений самоощущения в числе наиболее болезненных моментов содержит, в первую очередь, неудовлетворенность состоянием своего физического здоровья.

Клиническая представленность соматических жалоб включает в себя различные проявления вегетососудистой дистонии (как пароксизмальные так и постоянные), заключающиеся в колебаниях артериального давления, наличии сердцебиения и других нарушений сердечного ритма, приступов типа «панических атак» (симпато-адреналовых кризов) и, реже, парасимпатико-тонических приступов. Кроме этого у больных основной группы отмечаются частые органические поражения эндокринной системы (чаще всего различные формы зоба), заболевания желудочно-кишечного тракта (чаще всего язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит, а также хронический колит). У мужчин, составляющих большинство в основной группе, нередко отмечаются нарушения потенции.

В тесной связи с описанными соматическими дисфункциями находятся и такие вегетативные нарушения, как диссомнии, находящиеся на втором месте по степени субъективной значимости в спектре ощущения сниженности качества жизни. Бессонница, ощущение «ненасыщения» сном входят в число наиболее ярких проявлений неспецифического астенического синдрома, порождаемого длительным соматическим неблагополучием.

Таким образом, центральным элементом, вокруг которого формируется в основной группе ощущение сниженного уровня качества жизни, является комплекс сомато-вегетативных дисфункций и переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим социальным функционированием. К последним относятся склонность к гневу и низкая способность самостоятельно принимать решения. Утрата контроля над собственными эмоциями, приводящая к нарушению отношений со своим социальным окружением, является одним из характерных проявлений астенического симптомокомплекса. Вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность типичны для поведения в рамках «неврастенического» типа отношения к болезни. Причиной раздражительной слабости является изнуряющее влияние соматического неблагополучия.

В тесной связи с этими проявлениями соматогенной астении находится субъективное ощущение фрустрации своей возможности самостоятельно принимать решения. Ощущение несостоятельности порождается, с одной стороны, самой по себе астенией, упадком сил из-за длительно существующего соматического неблаго-

получия; с другой стороны, ощущение несамостоятельности может быть связано с регрессивными тенденциями: в ситуации хронического соматического неблагополучия некоторое нарочитое подчеркивание своей беспомощности является средством манипулирования своим социальным окружением. Подобное манипулирование может носить не вполне сознательный характер и к нему может быть двойственное субъективное отношение: с одной стороны, несамостоятельность бессознательно культивируется, а, с другой стороны, фрустрация волевой активности воспринимается как ощущение скованности своей личной инициативы и дефект качества жизни.

К субъективному чувству несамостоятельности тесно примыкает низкая удовлетворенность своей физической активностью. Неспособность в прежних (доболезненных) рамках развивать свою двигательную активность, быть активным в общении, работе также является характерным проявлением астении, обусловленной соматической патологией.

Нарушения социального функционирования, тесно связанные с описанной астенической «стержневой» симптоматикой находят свое отражение и в низких показателях таких шкал методики КЖ-1, как удовлетворенность карьерой (работой), индивидуальным общением, приспособленностью (индивидуальной и профессиональной гибкостью), возможностью осуществления времяпрепровождения в одиночестве.

Неспособность развивать и строить свою карьеру в соответствии со своими доболезненными замыслами, проводить активную линию поведения в общении с другими людьми, быть способным гибко менять свою жизненную позицию в целях оптимизации своей приспособленности в обществе обусловлена значительной истощенностью энергетических и пластических ресурсов хронической соматической болезнью.

Фрустрация карьерных амбиций болезненно переживается больными, входящими в основную группу, приобретая содержательные очертания ressentимента. По определению Э.Кречмера под ressentиментом понимается «комплексная установка чувств людей, действительно или мнимо обойденных в жизни;... типичная установка слабого против сильного... , больного... по отношению к здоровью... , и вместе с тем здесь отмечается тенденция к эмоциональной переоценке, придающей слабому... этически более высокую ценность».

Значительная астенизированность пациентов

основной группы заставляет их искать уединения, сторониться интенсивного общения; однако даже редуцированное вследствие болезни общение истощает силы больных и они испытывают повышенную потребность во времяпрепровождении в одиночестве.

Помимо симптоматики пониженной самооценки качества своей жизни, связанной с соматогенной астенизацией, можно выделить еще ряд аспектов, связанных с депрессивным модулем переживаний.

К их числу можно отнести преобладание пессимистических оценок, заниженный уровень самооценки, низкую оценку ясности своих жизненных ценностей и принципов. Близким в содержательном смысле является и неудовлетворенность своим физическим состоянием и влиянием окружающей среды. Комплекс убеждений больного из основной группы вполне соответствует классической депрессивной триаде А. Бека в рамках его когнитивной модели депрессии: 1) негативное представление о себе; 2) негативный взгляд на мир; 3) нигилистический взгляд на будущее. Ситуация тяжелой болезни легко активизирует ядерные схемы (когнитивные структуры), касающиеся убежденности в своей неприспособленности, никчемности, отверженности, в том, что в мире нет ни удовольствия, ни удовлетворенности, что трудности непреодолимы. Хотя по клиническому впечатлению, у лиц основного контингента и не отмечалось выраженных проявлений депрессии, и скорее имели место лишь фрагментарно представленные элементы субдепрессивной симптоматики, нельзя, по нашему мнению, недооценивать ее значения для формирования суммарного показателя качества жизни.

Суммарная относительно незначительная выраженность депрессивных проявлений является результатом противоборства, с одной стороны, патогенетических психологических механизмов, а, с другой — саногенетических. С целью получить определенное представление об общей направленности и эффективности таких саногенетических механизмов и оценки их эффективности далее будет проанализирован ряд аспектов самооценки качества жизни по методике КЖ-1, средние значения показателей по которым превышают средний уровень индекса качества жизни.

На втором месте по степени выраженности ($7,00 \pm 2,08$ балла) среднего показателя оказывается средний результат по шкале скрытности-открытости. При таком высоком уровне значе-

ния отмечается достаточно высокая степень открытости, откровенности; такие люди считают, что «говорят обычно то, что думают». Насколько отражает истинное положение дел подобная самооценка своего коммуникативного стиля, можно будет судить после сопоставления результата по этой шкале КЖ-1 с другими методиками. Можно предположить, что подобный высокий уровень представлений о своей открытости является скорее «декларацией о намерении», демонстрацией желаемого образа своего «социального фасада».

Достаточно высоким является показатель по шкале употребления алкоголя ($6,60 \pm 2,06$ балла) и курения ($6,43 \pm 2,90$ балла), что указывает на действительный отказ от них или на демонстрацию такового. Отказ от дурных привычек (или их демонстрация) также могут быть как отражением стремления сформировать оптимальный социальный фасад, так и следствием неизбежного ограничения себя в условиях реальной соматической болезни.

С таким вынужденным ограничением своей активности может также быть связано высокое значение показателя по шкале обязательности — $6,53 \pm 2,97$ балла. При таких высоких значениях девизом людей бывает: «делаю, что могу». Отказ от перфекционизма представляется вполне естественно вытекающим из уже описанной выше соматогенной астении. Вместе с тем подобный «девиз» не лишен определенного пафоса героизации своего имиджа; такая самопрезентация может быть направлена на формирование социально желательного личностного фасада.

Высокое значение среднего показателя по шкале межличностного общения в основной группе ($6,33 \pm 2,51$ балла) отражает тенденцию занимать не активно-наступательную, а более пассивную позицию в рамках реализации своей коммуникативной активности. Такие пациенты предпочитают не столько навязывать свои собственные мнения, установки, сколько прислушиваться к другим. Как и в отношении показателя по шкале обязательности, по поводу высокого уровня показателя по шкале межличностного общения, можно принять версии и об астенизирующем влиянии соматического заболевания на общую активность пациентов, и о стремлении создать социально желаемый фасад.

По шкале источника хорошего настроения средний уровень показателя составляет $5,53 \pm 2,01$ балла, что также несколько превышает средний уровень качества жизни по КЖ-1. Такой уровень выраженности признака указы-

вает на преобладание внутреннего самоконтроля в числе источников хорошего настроения. Другими словами, подчеркивается отсутствие зависимости настроения от хорошего настроения людей и самодостаточность в его поддержании на достаточном уровне. Подобный характер ответов способствует созданию «героического» типа самопрезентации.

Наряду с подобной демонстрацией самодостаточности обращают на себя внимание высокие показатели по ряду шкал, отражающих значимые отношения пациентов с микросоциальным окружением.

Средний показатель по шкале отношений с детьми в основной группе составил $6,3 \pm 2,44$ балла, что указывает на восприятие их как источник положительных эмоций, радости. Таким образом, ближайшее семейное окружение оказывается важным источником позитивного восприятия качества жизни у пациентов изучаемого контингента.

Сходное значение имеет и высокий средний уровень показателя по шкале отношений с родителями, который составил $5,93 \pm 2,57$ балла. Доброжелательные отношения со старшим поколением также рассматриваются пациентами изучаемой группы как важный источник саногенных влияний.

Помимо взгляда на семейное благополучие как источник стабилизации своего положения в ситуации соматической болезни пациенты изучаемого контингента рассматривают в аналогичном смысле и отношения с друзьями и соседями. Средний уровень показателя по этой шкале опросника КЖ-1 составил $5,87 \pm 2,65$ балла. Высокая значимость этого показателя отражает стремление изучаемых пациентов находиться в гармоничных отношениях с бытовым окружением, получать поддержку от него.

Средний показатель по шкале отношений на работе (с коллегами, начальством и др.) несколько ниже, чем по трем приведенным выше шкалам, но имеет все-таки достаточно высокое значение ($4,97 \pm 2,52$ балла). Таким образом стремление к гармоничным отношениям на работе рассматривается как один из путей достижения повышения качества жизни.

Суммируя результаты, полученные с помощью опросника КЖ-1, следует выделить несколько групп факторов, как снижающих, так и улучшающих качество жизни. К числу патогенетических механизмов (патогенных факторов) необходимо отнести астенизирующее и депрессогенное воздействие соматогенной патологии,

приводящее к прекращению карьерного роста, реализации долговременных и кратковременных устремлений, редукции индивидуального общения, пессимистичности, эмоциональной неустойчивости, гневливости, снижения уровня самооценки, профессиональной и индивидуальной гибкости.

В противоположность этим патогенетическим механизмам существуют и механизмы саногенетические. К ним можно отнести консолидацию остаточных личностных ресурсов вокруг комплекса семейно-бытовых и внутрисемейных отношений, сочетающихся с оптимизацией социального фасада личности. При этом мотивы и механизмы такой оптимизации могут иметь довольно сложную структуру: можно предположить, что они имеют сознательный способ экономии энергетических и пластических ресурсов, но, с другой стороны - быть бессознательным способом реализации нормопатического стиля поведения в рамках алекситимических тенденций.

Конфигурация представления о качестве жизни респондентов из группы сравнения внешне несколько напоминает конфигурацию аналогичного представления в основной группе. Как уже отмечалось выше, первым сходным блоком при этом является блок имеющих высокую ценность семейно-бытовых отношений, играющих стабилизирующую роль в самооценке своей жизненной ситуации.

Другим блоком, внешне имеющим сходные очертания в сравниваемых группах является блок отношений, направленных на создание социально-приемлемого фасада собственной личности, как отражения высокого качества жизни. При внешней схожести конструкций этого блока можно предположить, что, если в группе сравнения активная жизненная позиция, следование принципам здорового образа жизни является вполне естественным, то в основной группе они имеют двойственную, порой достаточно «вымученную» природу. В основной группе особая «правильность» поведения может быть как следствием отсутствия достаточной произвольности поступков из-за явлений астении, так и результатом непроизвольной редукции поведенческой активности в рамках нормопатических тенденций.

Существенным отличием сравниваемых конфигураций самоощущения качества жизни является присутствие в основной группе комплекса отношений, отражающих патогенетические механизмы воздействия на личность пациентов

изучаемого контингента проявления их психосоматической патологии. Этот комплекс складывается из проявлений астенического круга и, по всей вероятности, вторичных по отношению к ним депрессивных проявлений. При этом астено-вегетативные дисфункции являются причиной как редукции всех видов поведенческой активности, так и фактором, подтверждающим элементы заниженной самооценки.

С целью уточнения различий в конфигурациях самоощущений качества жизни в сравниваемых контингентах было проведено сравнение выраженности признаков, выделяемых с помощью шкал опросника КЖ-1. С учетом характера распределения для сравнения был применен парный критерий Вилкоксона. По ряду шкал в ходе сравнения были установлены достоверные различия.

Естественно, что с особой степенью разительности отличаются уровни оценки состояния своего здоровья: $p=0,000004$. Если респонденты группы сравнения ощущают себя практически здоровыми, то респонденты основной группы связывают низкое качество своей жизни прежде всего с соматическим здоровьем.

Сравнение показателей по шкале личных долговременных и кратковременных устремлений и достижений выявило достоверно более низкий уровень значений в основной группе ($p=0,000021$), что отражает ощущение у ее респондентов явно меньшей жизненной удачливости, неудовлетворенности уровнем того, что им удалось в жизни добиться.

Установлено, что показатель по шкале удовлетворенности индивидуальным общением достоверно ниже в основной группе ($p=0,000383$), что свидетельствует о достаточно напряженном характере отношений у ее представителей с начальством, коллегами и другими представителями внешнего окружения. При этом можно предположить как наличие реальных проблем в этих взаимоотношениях, так и надуманных – в рамках повышенной сензитивности соматически нездоровых людей. Существование проблем у лиц из основной группы в комплексе отношений производственного характера подтверждается также и достоверно более низким уровнем показателя в этой группе по шкале качества отношений на работе ($p=0,000542$).

Как менее удачно складывающиеся, в меньшей степени обеспечивающие поддержку расцениваются респондентами основной группы и отношения с друзьями и соседями. Достоверность различий между показателями по со-

ответствующей шкале находится на уровне $p=0,023026$.

Таким образом, весь комплекс отношений с внешним социальным окружением воспринимается как менее удачно складывающийся лицами основного контингента. Однако и отношения семейного плана также воспринимаются ими как менее удовлетворительные.

Об этом свидетельствуют достоверно более низкие значения по шкалам отношений с детьми ($p=0,00850$) и родителями ($p=0,021664$). Эти данные интересно сопоставить с описанным выше преобладанием опоры в стабилизации качества жизни именно на систему внутрисемейных отношений. По нашему мнению, более низкая их количественная оценка, несмотря на иерархически наиболее предпочтительную позицию, указывает на присутствие элементов сензитивного типа отношения к болезни у лиц основного контингента.

У лиц основной группы существует достоверно большая озабоченность своим финансовым положением. Об этом свидетельствует достоверно более высокое значение у ее представителей ($p=0,024905$) среднего показателя по шкале удовлетворенности финансовыми делами.

Большая озабоченность своим положением, пессимистичность представителей основного контингента находят свое отражение в достоверно более низком значении среднего показателя по шкале склонности к юмору и играм ($p=0,019534$).

У лиц основного контингента отмечается достоверно более низкий уровень физической активности ($p=0,000470$), что является отражением наличия у его представителей признаков соматогенной астении. Ярким подтверждением наличия серьезных вегетативных дисфункций у представителей основной группы являются достоверно более низкие показатели у них по шкалам удовлетворенности своим сном ($p=0,00017$) и весом тела ($p=0,011770$).

Хотя, как уже указывалось выше, у респондентов обеих сравниваемых групп имеется стремление к реализации здорового образа жизни, к отказу от дурных привычек, тем не менее показатель по шкале употребления алкоголя оказывается достоверно более высоким у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС ($p=0,017794$). Таким образом, подтверждается предположение о том, что в этом контингенте скорее имеет место тенденция к искусственному конструированию социально-приемлемого фасада, чем к реальному следо-

ванию психологическим нормам.

Большая склонность к употреблению спиртных напитков может быть отчасти связана и с ослаблением самоконтроля под влиянием астенизирующего воздействия соматического благополучия. На ослабление степени самоконтроля указывают достоверно более низкие значения среднего показателя по соответствующей шкале.

Пониженная энергетичность всей психической активности у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС отражается и в достоверно более низком уровне показателя по шкале способности к принятию решений ($p=0,000053$). Можно связать такую нерешительность с астенизирующим влиянием болезни, но и с определенной регрессией личности в условиях болезни, проявляющейся в смещении модуса контроля к экстернальному полюсу.

При относительно более низкой способности легко самостоятельно принимать решения лица из основной группы обнаруживают, в то же время, достоверно более высокое значение показателя по шкале обязательности ($p=0,000061$). Более высокий уровень перфекционизма на фоне более низкой решительности безусловно отражает наличие глубоко противоречивых тенденций (интрапсихического конфликта), являющегося причиной вторичной невротизации.

Как и следовало ожидать, пациенты основной группы обнаруживают достоверно более низкий показатель по шкале тенденции к оптимизму ($p=0,000243$). Не вызывает, таким образом, сомнения реальность существования депрессивных переживаний у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

У лиц основной группы обнаруживается достоверно более низкий показатель по шкале приспособляемости (гибкости) ($p=0,010082$). Подобный результат указывает на наличие более высокого уровня психической ригидности. В сочетании с нерешительностью (или, другими словами, психостеничностью) и высоким перфекционизмом повышенная психическая ригидность формирует патогенный комплекс, негативно влияющий на самооощущение качества жизни.

Противоречивость личностных тенденций, присущая, как уже было сказано, лицам основного контингента находит свое отражение в таком факте, что по шкале устойчивости и ясности своих жизненных ценностей и принципов у них отмечается достоверно более низкий уровень показателя ($p=0,000164$).

Депрессивные и астенические проявления,

занимающие ведущее место среди проявлений дезадаптивных тенденций у лиц из основного контингента, сочетаются с явлениями раздражительности и гневливости. Об этом свидетельствует достоверно более высокий показатель по шкале гневливости ($p=0,000542$).

В завершение анализа достоверных различий между показателями различных шкал методики КЖ-1 приведем данные о различии суммарных средних значений числа баллов ($p=0,000115$) и средних значений индекса качества жизни ($p=0,00020$). В обоих случаях более низкий показатель отмечается в основной группе, что отражает решающее влияние соматической патологии на самооощущение качества жизни.

Методика «Качество жизни» – 2 (КЖ-2) измеряет суммарное значение показателя снижения качества жизни, а также, отдельно, тот вклад, который вносит в это снижение такие факторы как нарушение социального функционирования, нарушение функционирования «я» респондентов и снижение работоспособности.

Суммарное значение показателя снижения качества жизни в основной группе составило $38,0 \pm 10,01$ балла, а в группе сравнения $21,03 \pm 7,11$ балла. Достоверность различий при этом находится на уровне $p=0,000004$. Таким образом, отмечается разительное различие в уровнях восприятия снижения качества жизни: ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС ощущают диффузное снижение своих финансовых возможностей, возможностей на равных с другими участвовать в семейной, личной и общественной жизни.

С еще большей степенью достоверности отличаются уровни показателей фактора нарушения функционирования «я» ($p=0,000003$). Показатель в основной группе составил $15,4 \pm 2,97$ балла, а в группе сравнения – $8,7667 \pm 3,07$ балла, что свидетельствует о неизбежной необходимости самоограничения, уменьшении ресурса свободного времени, а также об озабоченности снижением своей силы, уверенности в себе, ухудшении своей внешности.

С достаточно высокой степенью достоверности различаются и уровни показателя фактора нарушения социального функционирования ($p=0,000032$). Средний уровень значений показателя по этому фактору составил в основной группе $10,03 \pm 2,97$ балла, а в группе сравнения – $5,77 \pm 2,37$ балла. У больных основной группы заболевание существенно осложняет отношения в семье, мешает общаться с окружающими, отдаляет их от других людей, лишает их должно-

го уважения окружающих и т.п.

Средние уровни показателя по фактору снижения работоспособности также достоверно различаются в сравниваемых группах ($p=0,000023$): у респондентов основной группы среднее значение составляет $12,57\pm 6,67$ балла, а в группе сравнения – $6,5\pm 3,09$ балла. У больных имеет место снижение трудоспособности, осложняются отношения на работе, сужается возможность выбора работы, они терпят при этом материальный ущерб.

Достоверных отличий в процентной представленности каждого фактора методики КЖ-2 в сравниваемых группах не выявлено, что можно интерпретировать как свидетельство диффузности ощущения снижения качества жизни у респондентов основной группы.

Подводя итог изучению результатов исследования по методике КЖ-2, необходимо отметить снижение самоощущения качества жизни у УЛПА на ЧАЭС по всем анализируемым параметрам, что подтверждает результаты, полученные по методике КЖ-1, и необходимость разработки системы психокоррекционных мероприятий.

Как известно, алекситимия традиционно рассматривается как предиктор соматизации нервно-психического напряжения и важнейший психологический фактор патогенеза психосоматических расстройств. Поэтому респонденты сравниваемых групп были обследованы по методике Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ).

Исследования показали, что из основной группы к «алекситимическому» типу личности (74 балла и выше) относится 42 человека, к «неалекситимическому» (62 балла и ниже) – 6 чел., а из группы сравнения соответственно 10 чел. и 16 чел. Средний возраст пациентов алекситимического типа составляет 37,8 лет, неалекситимического – 46 лет.

Средний уровень суммарного показателя по ТАШ в основной группе составил $77,44\pm 9,58$ балла, а в группе сравнения – $66,77\pm 10,38$ балла. Достоверность различий при этом составляет $p=0,000154$. Если у респондентов основной группы средний уровень показателя превышает уровень высоких значений (74 балла), то в группе сравнения он находится в пределах средних незначительно выраженных алекситимических тенденций. Полученный результат подтверждает существенную роль алекситимии в возникновении психосоматической патологии.

С целью уточнения роли различных аспектов алекситимии было проведено сравнение выра-

женности показателей по таким субшкалам ТАШ как нарушение идентификации и экспрессии эмоций, а также по субшкале экстернальности мышления. По субшкале нарушения идентификации эмоций достоверность различия значений максимальная: $p=0,00003$. Другими словами, ведущим проявлением алекситимии в основной группе является неспособность различать и вербализировать свои собственные эмоции, а также различать эмоциональные сигналы, исходящие от других. Показатель по этой субшкале составляет в основной группе $27,87\pm 5,44$ балла, а в группе сравнения – $19,37\pm 5,91$ балла.

Установлены также достоверные различия между показателями по субшкале нарушения экспрессии эмоций ($p=0,002748$). Показатель по этой субшкале в основной группе составил $21,07\pm 4,03$ балла, а в группе сравнения – $18,6\pm 3,47$ балла. Таким образом, у респондентов основной группы существуют достоверно более значительные выраженные проблемы с понятным выражением своего эмоционального состояния, сказывающиеся на межличностных взаимодействиях и коммуникативной активности.

Что касается показателей по субшкале экстернальности мышления, то они составили соответственно $28,5\pm 6,48$ балла в основной группе и $26,8\pm 5,29$ балла в группе сравнения. Достоверного различия между этими показателями в сравниваемых группах не установлено ($p=0,227485$).

Для верификации результатов, полученных по методикам КЖ-1 и КЖ-2, было проведено параллельное обследование респондентов обеих сравниваемых групп с помощью шкалы субъективного благополучия (ШСБ), которая представляет собой скрининговый психодиагностический инструмент для измерения эмоционального компонента субъективного благополучия. Методика оценивает качество эмоциональных переживаний субъекта в диапазоне от оптимизма, бодрости, уверенности в себе до подавленности, раздражительности и ощущения одиночества.

Интегративный показатель субъективного благополучия в основной группе составил $7,83\pm 1,39$ балла, что соответствует высокому уровню оценок, а в группе сравнения – $4,43\pm 1,79$ балла, что соответствует среднему уровню оценок. Оценки, отклоняющиеся в сторону субъективного неблагополучия, отмечаются у лиц, склонных к депрессиям и тревогам, пессимизму, замкнутости, зависимости, малостойчивых

к стрессу, в то время как у лиц со средними оценками (4-7 стенов) имеет место умеренное субъективное благополучие, характеризующееся отсутствием серьезных проблем и одновременно, отсутствием полного эмоционального комфорта. Достоверность различий по интегрированному показателю ШСБ в сравниваемых группах имеет весьма значительную степень: $p=0,000009$.

Методика ШСБ позволяет выделить 6 кластеров, создающих возможность качественно охарактеризовать спектр самооощений своего благополучия.

По кластеру «Напряженность и чувствительность» средние показатели соответственно $13,0\pm 2,13$ балла в основной группе и $11,83\pm 3,01$ балла в сравниваемой группе. Различия при этом оказались недостоверными ($p=0,129960$).

По кластеру признаков, сопровождающих основную симптоматику (депрессивные симптомы, сонливость, астения, рассеянность) средний показатель по основной группе составил $21,47\pm 3,35$ балла, а в группе сравнения – $13,6\pm 4,85$ балла, достоверность различий $p=0,000021$. Такой результат подтверждает наличие у лиц основного контингента астено-субдепрессивной симптоматики, существенным образом снижающей качество их жизни.

По кластеру «изменения настроения» в основной группе средний показатель составил $8,47\pm 2,67$ балла, а в группе сравнения – $5,63\pm 2,22$ балла. Достоверность различий при этом: $p=0,00382$. Более высокое значение по этому кластеру указывает на большую выраженность субдепрессивных симптомов.

По кластеру «значимость социального окружения» средний показатель в группе ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС составил $10,8\pm 2,64$ балла, а в группе здоровых – $6,57\pm 2,3$ балла. Достоверность различий при этом $p=0,000007$. Такое различие можно интерпретировать как более выраженное ощущение одиночества, социальной изоляции у представителей основной группы.

По кластеру «самооценка здоровья», отражающему степень бодрости и оценки самочувствия, показатель в группе больных составил $12,13\pm 2,24$ балла, а в группе сравнения – $6,97\pm 3,08$ балла; достоверность различий $p=0,000007$. Более высокий уровень показатель по этому кластеру указывает на астенизированность лиц, входящих в основной контингент.

По кластеру «удовлетворенности повседневной деятельностью» средний показатель в основной группе составил $14,2\pm 3,21$ балла, а в группе

сравнения $9,03\pm 3,47$ балла; достоверность различий при этом $p=0,000102$. У больных, вследствие астении, выполнение обычных повседневных дел становится достаточно тягостным.

В целом результаты, полученные с помощью методики ШСБ, вполне согласуются с уже выявленными данными и подтверждают валидность методик КЖ-1 и КЖ-2.

С целью уточнения структуры самооощения качества жизни УЛПА на ЧАЭС был проведен анализ корреляционных связей показателей различных шкал использованных опросников.

При анализе связей показателя по Торонтской алекситимической шкале установлено, что он (коэффициент линейной корреляции Пирсона) достоверно положительно коррелирует с показателем удовлетворенности долговременными и кратковременными устремлениями и достижениями методики КЖ-1. Такая связь ($r=0,412$; $p=0,008$) указывает на сопряженность неадекватно-оптимистического восприятия своих достижений с алекситимичностью, нарушающей адекватную идентификацию и экспрессию эмоций и несущей в себе элемент поверхностности мышления.

Имеет место достоверная положительная корреляция ($r=0,443$; $p=0,0143$) показателя по шкале удовлетворенности сном КЖ-1 и показателем по субшкале нарушений экспрессии эмоций ТАШ. Очевидно, что речь идет о неспособности адекватно вербализировать оценку ведущей симптоматики, что приводит к тому, что более алекситимичные пациенты оптимистично оценивают качество своего сна.

Показатель по субшкале трудностей экспрессии эмоций ТАШ также достоверно отрицательно коррелирует с показателем по шкале чувства вины и стыда ($r=-0,433$; $p=0,017$).

Можно предположить, что самопрезентация себя как совестливых и самокритичных укладывается в рамки нормопатических тенденций, связанных с алекситимичностью.

Установлена достоверная положительная корреляционная связь ($r=0,382$; $p=0,037$) между тем же показателем по субшкале трудностей экспрессии эмоций ТАШ и показателем по шкалам скрытности. При этом, по нашему мнению, также имеет место проявление тесно связанной с алекситимией нормопатичности [5]. В русле нормопатического, гипернормального стиля самопредставленные ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС формируют образцовый социальный фасад искренних и открытых людей.

Некритичное самовосприятие и самопрезент-

тация, связанные с нормопатическими тенденциями, находят свое отражение и в достоверной положительной корреляционной связи ($r=0,394$; $p=0,031$) суммарного показателя по ТАШ и показателя по шкале индивидуальной и профессиональной гибкости. У алекситимичных пациентов создается о себе обманчивое представление как о достаточно гибких, приспособляемых, в то время как на самом деле у них выявляется, как было показано выше, достаточно высокая психическая ригидность.

Установлена также отрицательная достоверная корреляционная связь ($r=-0,374$; $p=0,041$) между субшкалой экстерсальности методики ТАШ и показателем по кластеру напряженности и чувствительности шкалы субъективного благополучия. Эти данные еще раз показывают, что алекситимические тенденции искажают реаль-

ность восприятия своего состояния. В аналогичном смысле можно истолковать и достоверную отрицательную корреляцию ($r=0,389$; $p=0,033$) между показателем по кластеру признаков неспецифической симптоматики и показателем по шкале нарушения идентификации эмоций ТАШ.

Проведенный анализ корреляционных связей показателей методики ТАШ подтверждает предположение о том, что алекситимия, опосредованная через нормопатические тенденции искажает самовосприятие качества жизни участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и затрудняет осознание реальной жизненной ситуации. Последнее обстоятельство затрудняет проведение психокоррекционных мероприятий и позволяет выделить в качестве одной из основных их целей преодоление неадекватных механизмов психологической защиты.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев, Р.А. Грачов, Т.А. Бурцева

ДЕЯКІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Донецький державний медичний університет, Донецький інститут соціальної освіти, Україна

60 учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС були досліджені за допомогою двох опитувальників якості життя, шкали суб'єктивного благополуччя та Торонтської алекситимічної шкали у порівнянні з такою ж кількістю здорових респондентів того ж самого віку. Встановлені патогенетичні та саногенетичні психологічні механізми формування системи самовідношення та відношення до соціального середовища. Уточнена роль алекситимії у формуванні сприйняття якості життя у УЛНА на ЧАЕС. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 16-24)

V.A. Abramov, A.C. Burtsev, R.A. Grachov, T.A. Burtseva

SOME MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LIFE'S QUALITY IN LIQUIDATORS OF CONSEQUENCES OF ACCIDENT ON CHERNOBYL AES

Donetsk State Medical University, Donetsk Institute of Social Education, Ukraine

60 liquidators of consequences of accident (LCA) on Chernobyl AES were investigated with the use of 2 questionnaires of life's quality, scale of well being and Toronto alexithimic scale in comparison with 60 sound respondents of the same age. Pathogenetic and sanogenetic psychological mechanisms of self-valuation and attitude to social environment were found. The role of alexithymia in forming of life's quality perception in LCA on Chernobyl AES was closely defined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 16-24)

Литература

1. Элнот Р.С. Мы побеждаем стресс. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1996.
2. Сердюк А.И. Особенности самооценки влияния болезни на социальный статус больных хроническими соматогенными заболеваниями // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - №1 (4), 1998.
3. Соколова М.В. Шкала субъективного благополучия (ШСБ). Второе издание. НИПЦ «Психодиагностика». Ярославль, 1996.
4. Ерьсько Д.Б., Исурина Г.С., Кайдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах: Методическое пособие. – СПб, 1994.
5. Weinrub R.M., Gustavsson J.P., Rossel R.J. The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self reports. Acta Psychiatr. Scand. 1992: 85: 153-162.

Поступила в редакцию 8.01.2002г.

УДК [159.972+616-037]-053.5

*Л.Ф. Шестопалова, А.В. Кукуруза***СИСТЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ЭВАКУИРОВАННЫХ ИЗ 30-КМ ЗОНЫ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины (г.Харьков)

Ключевые слова: прогнозирование, психическая дезадаптация, дети-мигранты, авария на Чернобыльской АЭС

В последнее время отмечается рост частоты экстремальных ситуаций природного и промышленного характера, приводящих к изменениям среды обитания и требующих от человека долговременной адаптации [2,9]. Наблюдаемое увеличение частоты и масштабов промышленных катастроф с продолжительным психологическим эффектом диктует необходимость разработки теоретических основ и методических подходов к организации помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях. Вопросы определения вклада различных факторов в формирование психической дезадаптации занимают особое место в комплексе долговременного изучения сложных проблем, связанных с последствиями аварии на ЧАЭС [1, 3, 9].

Анализ литературных данных показывает, что

практически все исследователи, разрабатывающие эту проблему, констатируют многофакторность воздействия Чернобыльской катастрофы. Неоспоримым фактом является необходимость комплексного исследования биологических, психологических и психосоциальных эффектов аварии, оказывающих существенное влияние на формирование здоровья, развитие психической дезадаптации у лиц, пострадавших в результате аварии, в том числе детей и подростков-мигрантов [5,7,8].

Очень важным разделом такой работы можно считать разработку системы прогнозирования психической дезадаптации детей, эвакуированных из 30-км зоны после аварии на Чернобыльской АЭС, построенной на анализе динамики клинических, личностных и социально-психологических факторов.

Материал и методы исследования

В соответствии с задачей прогнозирования психической дезадаптации детей-мигрантов проводилась оценка динамики их психического состояния, определение прогностической значимости комплекса выделенных психологических, клинических и социально-психологических показателей. Исследование носило лонгитудинальный характер. Были обследованы 60 человек, эвакуированных из гг.Припять, Чернобыль и проживающих после этого в г.Харькове. У 36 человек были установлены невротические, соматоформные расстройства, 24 человека не имели признаков психической дезадаптации.

Оценка динамики и прогнозирование психической адаптации детей проводились с использованием двух критериев: 1) восстановление полноценности социального функционирования; 2) клиническое симптоматическое улучшение.

Данные критерии были предложены и апробированы В.Д. Карвасарским для оценки эффек-

тивности лечения больных невротическими расстройствами. В дальнейшем была подтверждена эффективность использования этих критериев для прогнозирования течения пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков [6]. Поэтому рассматриваемый нами в процессе динамического наблюдения за детьми-мигрантами эффект адаптации оценивался с точки зрения клинической динамики и динамики социального функционирования.

Для объективизации характера адаптации детей-мигрантов, полноты характеристики их психического состояния нами использовались предваряющая психодиагностическое исследование беседа с обследуемым, направленная на выяснение его жалоб, особенностей самооценки и оценки связи своего состояния с последствиями аварии на ЧАЭС. Психодиагностическое исследование включало тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, опросник Кет-

тела. Проводилось также наблюдение за поведением во время пребывания в стационаре; беседа со взрослыми членами семьи для определения особенностей процесса адаптации ребенка после эвакуации, характера семейных отношений и их динамики после аварии на ЧАЭС; анкетирование с помощью разработанной нами анкеты для оценки факторов социально-психологического функционирования детей и подростков, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС.

Рассматривался альтернативный эффект процесса адаптации (ухудшение-улучшение) по каждому из двух критериев оценки динамики психической адаптации детей-мигрантов:

1) по клиническому критерию: без ухудшения - условно-положительный прогноз; с ухудшением - отрицательный прогноз. Об ухудшении говорилось в том случае, когда в клинической картине наблюдалось усиление или появление новых психопатологических симптомов;

2) по критерию социального функционирования: с улучшением - положительный прогноз; без улучшения - условно отрицательный прогноз. Улучшение фиксировалось тогда, когда имелось сочетание стабилизации клинических показателей с положительной динамикой семей-

ной ситуации и положительной самооценкой.

Разработка системы прогнозирования психической дезадаптации проводилась на основании обработки полученных данных с помощью неоднородной последовательной статистической процедуры. [4].

Использование неоднородной статистической процедуры (НПСП) включало следующие операции: 1) составление стандартного списка изучаемых признаков - социальных, психологических, клинических; 2) накопление наблюдений с достаточно убедительной верификацией эффекта в динамике; 3) получение распределения частот различной степени выраженности признаков для положительного (условно положительного) и отрицательного (условно отрицательного) результата адаптации; 4) определение отношений частот для каждой градации признака, с которым он наблюдается при положительном (условно положительном) и отрицательном (условно отрицательном) результате, так называемое, отношение правдоподобия; 5) вычисление прогностических коэффициентов для каждого признака, представляющих умноженные на 10 логарифмы отношений правдоподобия: $10 \lg p(A)/p(B)$; 6) определение меры прогностической информативности каждого выбранного признака.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования у обследованных преобладали астенические расстройства (58,34%). Подавляющее большинство из них при беседе жаловались на снижение работоспособности, повышенную утомляемость, физическую и психическую невыносимость (73%). Характерной особенностью астении было ее упорство, частые обострения при повседневных психоэмоциональных нагрузках. Дети отмечали возросшие трудности в усвоении школьных знаний, связанные не только с проблемами адаптации в новых условиях обучения, но и со снижением общего уровня продуктивности. Дети-мигранты говорили о затруднениях в выполнении заданий, требующих длительных и устойчивых усилий. 41,3% предъявляли жалобы на «ухудшение памяти», 60,1% — «трудности сосредоточения», неустойчивость внимания.

Повышенная психическая истощаемость находила отражение в высказываниях детей-мигрантов о состоянии эмоционально-волевой сферы, в оценках их отношений с окружающими. Обследуемые отмечали, что их «раздражает» отличающая Харьков от Припяти многолюдность, они устают от непривычно большого скопления

людей, более высокого темпа и плотности общения, не могут долго находиться в шумных компаниях, легко расстраиваются по любому поводу. Следует отметить, что у 15,2% обследованных повышенная истощаемость при контактах сочеталась со склонностью к колебаниям настроения, к непродолжительным аффективным вспышкам, агрессивным поведенческим реакциям.

Динамическое наблюдение за детьми-мигрантами выявило появление у всех к подростковому возрасту невротических, соматоформных расстройств. Подростки предъявляли жалобы на частые цефалгии (100%), неприятные ощущения в животе (79,1%), физическую и психическую истощаемость (72,3%), периодически возникающие боли в области сердца (13,2%). У 69,7% отмечались аффективные нарушения в виде повышенной эмоциональной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, усиливающихся при усталости, неудачах в общении или учебе, возникновении неприятных или болезненных ощущений. 29,3% обследованных фиксировали различные диссомнические расстройства.

При исследовании было выделено несколько

групп, которые различались особенностями поведения во время беседы и обследования. У большинства подростков (69,7%) отмечалась стереотипность жалоб, которые предъявлялись при определенном побуждении из вне, готовность согласиться с предлагаемыми версиями, скупость в описании своих ощущений. Для других (21,8%) типичным было повышенное сосредоточение на болезненных и иных неприятных ощущениях. Жалобы отличались красочностью и упорством, но не всегда тяжесть их содержания соответствовала поведению обследуемых подростков в отделении, наблюдались невротические реакции, ситуационно обусловленные. Часть подростков (9,5 %) характеризовались гармоничным отношением к собственному состоянию. Жалобы этих обследуемых отличались конкретностью и лаконичностью.

Повышенная психическая истощаемость и вегетативные расстройства отражались в поведении подростков в виде склонности к избеганию ситуаций, связанных с эмоциональным напряжением, трудностью поддерживать долгое время контакт со сверстниками.

Прогнозирование психической дезадаптации по критерию клинической динамики. В оценку клинической динамики входило определение характера изменения основных клинических показателей: стабилизация или появление у детей-мигрантов новых психопатологических симптомов.

При определении роли личностных особенностей для клинического прогноза были использованы результаты тестирования - показатели теста Кеттелла и теста Розенцвейга.

Качественный и количественный анализ данных теста Кеттелла позволил выделить у детей-мигрантов три основных типа индивидуально-личностных симптомокомплексов, характеризующихся определенным сочетанием черт-факторов: 1) инфантильный, 2) возбудимый, 3) тревожный. Наиболее часто определялся тревожный тип (45,8%). Инфантильный тип симптомокомплекса был зафиксирован в 19,4% случаев. У 23,7% регистрировался возбудимый тип. 11,1% детей-мигрантов не имели сочетаний личностных черт, позволяющих выделить устойчивые симптомокомплексы.

При инфантильном типе сочетался низкий уровень сформированности интеллектуальных функций (фактор В-) с чертами незрелости, подчиняемостью, зависимостью (фактор Е-), неуверенностью в себе (фактор С-), социальной робостью (фактор Н-). Возбудимый тип характеризовался высокой степенью реактивности (фак-

тор D+), недостаточным развитием волевых задержек, низким уровнем самоконтроля (фактор Q3-). Доминирующими при тревожном типе была лабильность эмоциональной сферы (фактор I+), высокий уровень тревожности (фактор O+), низкая степень эмоциональной устойчивости, фрустрированность (фактор Q4+).

Индивидуально-личностный симптомокомплекс представляет собой сочетание определенных черт и сам по себе не является патологическим. Однако, при взаимодействии со средой, если требования, предъявляемые к ребенку, неконгруэнтны его психологическим свойствам, происходит заострение личностных особенностей, характерных для каждого типа, и возможен срыв адаптации, сопровождающийся дезадаптивным поведением.

В процессе приспособления детей-мигрантов к новым условиям жизни возникало большое число конфликтогенных ситуаций. У детей с инфантильным типом, характеризующимся ограничением интеллектуальных возможностей и общей психической незрелостью, был затруднен процесс адаптации к новым условиям обучения, достаточно высоким требованиям к интеллектуальной сфере, к умению анализировать и конструктивно разрешать возникающие ситуации. При возбудимом типе высокая реактивность, трудность произвольной регуляции деятельности, частое возникновение проблемных ситуаций приводили к фиксации импульсивных поведенческих реакций, затрудняющих адаптацию. У детей с тревожным типом, наиболее чувствительных к эмоционально негативно окрашенным ситуациям общения и часто являющихся объектом негативного отношения окружающих, формировались невротические стереотипы реагирования. Таким образом, данные психодиагностического обследования позволяли судить о возможных источниках и механизмах формирования дезадаптивных поведенческих реакций у детей, эвакуированных из 30-км зоны после аварии на ЧАЭС.

Обращал на себя внимание тот факт, что у достоверно большего числа детей без клинических признаков психической дезадаптации фиксировался тревожный тип симптомокомплекса. Это можно было расценивать в качестве фактора риска формирования различной психопатологической симптоматики, поскольку тревога, как интегративное психологическое состояние, включает элементы как конструктивного, так и деструктивного эмоционального напряжения. Длительно существующее состояние тревоги

может сопровождаться накоплением негативного аффекта и приводить к истощению механизмов адаптации, развитию патологических процессов.

Таким образом, у детей-мигрантов определялась аффективная дезадаптация (как один из компонентов психической), которая проявлялась в эмоциональной нестабильности, тревожности и могла служить основой для возникновения невротических и других психопатологических симптомов.

Анализ данных изучения фрустрационного поведения детей-мигрантов с помощью теста рисуночных ассоциаций показал, что наиболее часто у 60% детей-мигрантов (первая подгруппа) встречались самозащитные реакции типа ED (81,8%). Из них у 72,2% профиль имел вид: ED > OD > NP, у 27,8% — ED > NP > OD. Экстрапунитивная направленность доминировала у 90,9% детей из этой подгруппы. Сочетание ведущих внешнеобвинительных и самозащитных тенденций фиксировалось в 88,1% случаев. Наиболее часто встречались профили фрустрационных реакций следующей конфигурации: ED > OD > NP, E > I > M (45,5%) и ED > NP > OD, E > I > M (18,2%).

Анализ средних значений по всем показателям теста Розенцвейга (с учетом выделения максимальных и минимальных) позволил определить усредненный профиль эмоционального реагирования в этой подгруппе, который выражался формулой EE'I-mI'e. Такая комбинация факторов отражала высокую степень склонности к кумуляции негативного аффекта, субъективную непреодолимость препятствия (E'), приписывание себе вины за создание фрустрации (I), направленную на других вербальную агрессию (E) без стремления разрешить конфликт с помощью других (e) или полагаясь на обстоятельства (m).

40% обследованных (вторая подгруппа) характеризовались преобладанием внешнеобвинительных реакций типа ED. Из них 66,6% имели профиль ED > OD > NP, 33,4% профиль ED > NP > OD. Тип реагирования, сочетающий экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите, был отмечен у 42,8% детей этой подгруппы. Профиль ED > OD > NP, E > I > M, встречался в 23,8%, а ED > NP > OD, E > I > M — в 9,5% случаев. В целом, в этой подгруппе профили реагирования в ситуации фрустрации отличались вариабельностью, что означало существование разнообразных моделей фрустрационного поведения.

Профиль эмоционального реагирования у этих детей имел конфигурацию EIM' - mI'M. Это означало, что дети-мигранты могут не замечать фрустрирующий характер ситуации (M'), они защищают свое «я», используя разнонаправленные реакции (E,I), не склонны ждать, пока ситуация разрешится сама собой (m), искать в ней какие-либо положительные свойства (I'), предпринимать попытки разделить ответственность между участниками (M).

У всех детей-мигрантов выраженное желание защитить свое «я» способно оказывать стимулирующее действие: самозащитные реакции (и приписывание вины себе, и обвинение других) в процессе переживания фрустрации могут актуализировать стремление продолжать деятельность для сохранения самооценки. Однако характер оценки препятствия, его субъективной значимости создает различный психологический контекст, участвуя в формировании различных моделей фрустрационного поведения.

Так, характерная для детей первой подгруппы склонность придавать препятствию большую, чем оно заслуживает, значимость, в силу этого, слабость мотива достижения и стремления самостоятельно преодолеть препятствия, несформированность установок на продолжение деятельности в неприемлемой ситуации способствовало кумуляции у них негативного аффекта, дезорганизуя деятельность. В то время, как ослабление фрустрирующего влияния самой ситуации позволяло реализовать детям из другой подгруппы более активно-разрешающие модели поведения. Сравнительный анализ результатов обеих подгрупп по показателям теста Розенцвейга позволил установить достоверные различия по всем реакциям экстрапунитивного направления (E', E, e), интрапунитивной самозащитной (I), импунитивной препятственно-доминантной (M') реакциям, суммарным показателям экстрапунитивных, интрапунитивных, самозащитных, а также направленных на удовлетворение потребности реакций.

Детей-мигрантов первой подгруппы отличала более выраженная идея препятствия в виде его переоценки и большой субъективной значимости, требовательность к окружению, проявляющаяся в личной и безличной агрессии, при меньшей потребности в помощи со стороны других, сосредоточенность на защите своего «Я», более низкой способностью к разрешению ситуации.

Анализ полученных психодиагностических данных позволил в соответствии с математичес-

ким весом каждого признака выделить факторы теста Кеттелла и показатели теста Розенцвейга, имеющие максимальное прогностическое значение для оценки клинической динамики.

У детей с отрицательной клинической динамикой высокую прогностическую ценность имел комплекс показателей, включающий в себя: высокий уровень сформированности интеллектуальных функций (фактор В+ прогностический коэффициент — 7,78), разнонаправленные отклонения в уровне сензитивности, чувствительности (фактор I+ -4,25, I- -4,77), эмоциональной стабильности (фактор С+ -1,76, С- -1,76), низкий уровень самоконтроля (фактор Q3- -4,26), усиление тревожности (фактор O+ -2,63), тревожный тип индивидуально-личностного симптомокомплекса (-5,21), преобладание в профиле эмоционального реагирования интра- и импунитивных реакций по направлению (соответственно -3,22, -4,77), и реакций, направленных на удовлетворение потребности по типу (NP -4,77).

Для условно положительной клинической динамики максимальный математический вес имели низкий уровень тревожности (фактор O+ +3,01), добросовестность (фактор G+ +3,68).

Анализ полученных прогностических коэффициентов свидетельствовал о том, что формирование психической дезадаптации, у детей-мигрантов было связано с фактором тревожности, фиксируемом как в виде отдельной личностной черты, так и в виде тревожного типа индивидуально-личностного симптомокомплекса. Кроме того, определялась зависимость между отрицательной клинической динамикой и состоянием фрустрационной толерантности детей-мигрантов. Причем эта связь проявлялась в разнополюсных по сравнению с нормативными значениями фактора эмоциональной устойчивости.

Особый интерес представляло то, что прогностически неблагоприятным для клинической динамики являлся высокий уровень интеллектуального развития. Формирование личности детей-мигрантов происходило в хронической психотравмирующей ситуации, связанной с последствиями аварии на ЧАЭС и действием изменяющего свое содержание с течением времени фактора катастрофы. Дети с хорошим умственным развитием обостренно воспринимали и фиксировали противоречия в информации о влиянии Чернобыльской катастрофы на здоровье в силу свойственного им высокого уровня интеллектуальной переработки внутренней и внешней информации. Поэтому адекватная самооценка причин нарушения привычного уровня функ-

ционирования была затруднена. Тем самым, искажался процесс построения адекватной психологической защиты, что приводило к срыву адаптации и развитию у детей-мигрантов состояний выраженной психической дезадаптации.

Оценка динамики социального функционирования включала изучение динамики психотравмирующей ситуации в семье, связанной с последствиями аварии на ЧАЭС, характера сложившихся семейных отношений, степени адаптации детей-мигрантов среди сверстников-харьковчан и в учебных коллективах, уровня стабилизации основных клинических показателей, особенностей субъективной оценки каждым ребенком-мигрантом своей готовности к учебе.

При разработке прогностических критериев оценки динамики социального функционирования детей-мигрантов отдельных показателей было апробировано девять социально-психологических, клинических и психологических факторов различной степени выраженности: стабилизация клинических показателей, частота стационарного лечения, наличие санаторно-курортного лечения и выезда за рубеж на оздоровление, состав семьи, школьные и семейные конфликты, личностные признаки (значения факторов Кеттелла).

По критерию социального функционирования максимальное прогностическое значение для положительного прогноза имело сочетание следующих факторов: стабилизация клинических показателей (+9,12), частота стационарного лечения до трех раз (+8,75), отсутствие санаторно-курортного оздоровления (+5,44), отсутствие семейных конфликтов (+1,18), соответствующий нормативным значениям уровень тревожности (фактор O +3,68), эмоциональной стабильности (фактор С +3,01), сензитивности (фактор I +3,01), отсутствие заболеваний у родителей, связываемых с последствиями Чернобыльской катастрофы (+4,26).

Прогностически неблагоприятными для социальной динамики являлось наличие поездок за рубеж на оздоровление (-1,25), а также высокая тревожность (фактор O+ -6,02), низкая фрустрационная толерантность (фактор С- -6,02), разнонаправленные отклонения в континууме сензитивность-реализм (I+ -4,47, I- -3,01), флегматичность, ригидность (фактор Н- -6,02). Факторы, характеризующие школьные конфликты и состав семьи, имели низкое прогностическое значение и не оказывали сколько-нибудь существенного влияния на социальную адаптацию детей, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС. (табл.1).

Таблица коэффициентов для прогнозирования адаптации детей-мигрантов

Показатель	Градация	Прогностический коэффициент	Информативность
Стабилизация клинических показателей	Есть	9.20	4.21
	Нет	-3.70	
Частота стационарного лечения	Есть	8.75	3.42
	Нет	-3.88	
Санаторно-курортное оздоровление	Есть	-7.78	4.13
	Нет	5.44	
Семейные конфликты	Есть	-4.26	0,56
	Нет	1.18	
Заболевание родителей	Есть	-1.18	0.56
	Нет	4.26	
Тревожность Фактор О	О+	-6.02	2.04
	О	3.68	
Эмоциональная стабильность Фактор С	С-	-6.02	1.69
	С	3.01	
Сензитивность Фактор I	I+	-4.77	1.35
	I-	-3.01	
	I	3.01	
Возбудимость Фактор D	D-	-6.02	1.25

Следует отметить, что полученные результаты соответствовали нашим гипотетическим ожиданиям и данным оценки результатов динамического наблюдения. Аффективную нестабильность, которая лежит в основе психической дезадаптации, усугубляют неблагоприятные микросоциальные факторы (семейные конфликты, заболевания родителей). Большое значение для оптимальной динамики социального функционирования имеет стабилизация клинических показателей, которая отражает не просто отсутствие негативных клинических изменений, но и свидетельствует об оптимизации

отношения к своему здоровью.

Таким образом, в результате проведенного исследования на основе изучения динамики психической дезадаптации детей-мигрантов были предложены и апробированы критерии, которые являются информативными и могут быть использованы для прогнозирования характера адаптации. Их следует учитывать при разработке показаний для выделения детей-мигрантов в группу риска формирования выраженных форм психической дезадаптации и выборе наиболее эффективных путей и средств индивидуальной и групповой психологической коррекции.

Л.Ф.Шестопалова, А.В.Кукуруза

СИСТЕМА ПРОГНОЗУВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ БУЛИ ЕВАКУЙОВАНІ ІЗ 30-КМ ЗОНИ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В роботі представлена система прогнозування психічної дезадаптації дітей, які були евакуйовані із 30-км зони після аварії на Чорнобильській АЕС. Ця система базується на оцінці динаміки клінічних, особистісних та соціально-психологічних параметрів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 25-31)

L.Shestopalova, A.Kukuruza

SYSTEM FOR PROGNOSIS OF MENTAL DISADAPTATION OF CHILDREN WHO WAS EVACUATED FROM 30-KM ZONE AFTER CHERNOBYL DISASTER

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS

The article presents the system for prognosis of mental disadaptation of children, who was evacuated from 30-km zone after Chernobyl disaster. The system is based on estimate of the clinical, personal and social-psychological peculiarities. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 25-31)

Литература

1. Александровский Ю. А. Динамика психического здоровья населения в районах, пострадавших во время аварии на ЧАЭС // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. - К., 1995. - С. 11.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991. - 96 с.
3. Броммет И., Голдгабер Д., Карлсон Г. и др. Психическое здоровье детей спустя 11 лет после Чернобыльской катастрофы // Вісник асоціації психіатрів України. - 1998. - N 4. - С. 37 - 63.
4. Гублер Е.В., Генкин А.А. применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях.- Л.: медицина, 1973. С.2-5.
5. Игумнов С. А. Клиническая психиатрия детей и подростков. - Минск. - 1999. - С. 154 - 174.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы.-М.,1980.-301 с
7. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы //Под ред. И. В. Дубровиной. Екатеринбург, 2000. - 176 с.
8. Табачников С. И., Панченко О. А., Панченко А. В. Особенности личностных характеристик участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Актуальные проблемы современной психосоматической медицины. - Харьков - Луганск, 1995. - С. 101 - 102.
9. Яковенко С. І. Психологія людини за умов радіоекологічного лиха. - К., 1996. - 173 с.

Поступила в редакцию 16.05.2002г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.4-083-085

*А.К. Напреенко, Н. Латчман***КОМОРБИДНАЯ ДЕПРЕССИЯ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В СЕТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомльца, Украина

Ключевые слова: депрессия, первичная медицинская помощь, коморбидность, геронтология

Известно, что депрессия гораздо чаще встречается у пожилых соматически больных пациентов, чем у здоровых лиц этого же возраста [2]. Целью этой статьи является предоставление новой информации и рекомендаций по проблемам диагностики, лечения и профилактики депрессии у пожилых людей с соматической патологией.

Согласно данным международного исследования, проведенного ВОЗ, 25% всех пациентов первичной сети медицинской помощи страдают какими-либо психическими расстройствами, главным образом депрессивными и тревожными и, по крайней мере, у 10% всех пользователей первичной медицинской сети имеет место большая депрессия [12].

Большая депрессия является ведущей причиной инвалидности по психическим расстройствам в целом и занимает четвертое место среди десяти наиболее тяжелых заболеваний. Если прогнозы ВОЗ верны, то к 2020 году депрессия займет второе место после ишемической болезни сердца среди инвалидизирующих факторов.

Депрессия может возникнуть в любом возрастном периоде, хотя ее вероятность наиболее высока в среднем возрасте, она встречается чаще у женщин, чем у мужчин [1]. В исследовании 2000 г. было обнаружено, что частота депрессивных эпизодов составила у мужчин 1,9% и у женщин 3,2% от всех случаев заболеваний, а также сделано предположение, что в течение следующих 12 месяцев 5,8% мужчин и 9,5% женщин переживут депрессивные эпизоды [12].

Около 20% случаев депрессии протекают хронически, без ремиссий, особенно при отсутствии адекватного лечения [10]. Наиболее трагическим последствием депрессивных расстройств является суицид. Около 15-20% пациентов с депрессиями заканчивают жизнь самоубийством [4].

Исследования показывают, что 8-20% пожилых людей в целом и 37% пожилых пациентов первичной медицинской сети страдают депрессией. Согласно последним данным, среди всех пожилых людей старше 65 лет депрессия обнаруживается в 12-15% случаев [2, 8].

Депрессия чаще встречается среди пожилых людей с соматическими инвалидизирующими заболеваниями [6]. Соматические расстройства не только сопровождают такие психические расстройства как депрессия, но могут также служить предикторами возникновения и развития депрессии. В одном весьма методологически корректном исследовании, проведенном в США, было показано, что 79% пациентов с какими-либо заболеваниями имели коморбидную патологию. Иными словами, лишь у 21% психически больных можно наблюдать психическую патологию «в чистом виде». Сходные данные были получены и в исследованиях, проведенных в других странах.

Почти у половины пациентов тревожные и депрессивные расстройства наблюдаются одновременно. Основной причиной того, что проблемами психического здоровья (по крайней мере депрессией у пожилых) в сети первичной медицинской помощи пренебрегают, можно считать следующее: системы здравоохранения в большинстве стран не рассматривают психические расстройства в качестве приоритетной проблемы, поэтому работники здравоохранения не получают необходимой подготовки для диагностики психических расстройств у пациентов. Например, 90% депрессивных расстройств у больных в Китае остаются не только не пролеченными, но и не диагностированными [3]. Особенно часто депрессия остается нераспознанной у пожилых, хотя в этом возрасте она протекает тяжело; известно также, что уровень смертности среди депрессивных лиц пожилого возраста

выше, чем в общей популяции. Низкий уровень помощи при депрессиях у этого контингента пациентов обусловлен также «терапевтическим пессимизмом» медицинского персонала [6].

Психосоциальные стрессоры способствуют развитию депрессивных синдромов средней тяжести и, возможно, даже большой депрессии в позднем возрасте. Ограничение подвижности, снижение слуха и зрения, утрата работы и социальной активности, стремления к развлечениям и отдыху, финансовые ограничения, жизнь в условиях бедности, потеря супруга и сепарация от детей – вот наиболее частые психосоциальные стрессогенные факторы позднего периода жизни. Предполагается, что наличие социальной поддержки может быть одним из предикторов выздоровления даже в случаях тяжелой депрессии старческого возраста.

Трудности диагностики депрессии в пожилом возрасте связаны нередко с тем, что пациенты не предъявляют характерных жалоб. Поэтому врачи должны ориентироваться на иные признаки, которые могут косвенно свидетельствовать о наличии депрессивных расстройств. Часто вместо жалоб на депрессию пожилые люди сообщают о различных неспецифических болях. Было показано, что лицам с недиагностированной депрессией приписывают почти в два раза больше медикаментов, чем недепрессивным пациентам [9].

Наиболее частыми симптомами у лиц пожилого возраста с соматическими заболеваниями (с депрессией или без нее) являются: 1) расстройства сна; 2) боли; 3) нарушения аппетита; 4) потеря веса; 5) утомляемость; 6) тревога; 7) настойчивые мысли о смерти. Депрессия может быть маскированной симптомами соматических расстройств или ипохондрии – это затрудняет отграничение депрессии от сопутствующих заболеваний. Расстройства сна, например, могут быть следствием слабого контроля боли, переживаний за исход соматического заболевания или же быть симптомом депрессии. С другой стороны, соматические симптомы могут быть «истинным проявлением» соматического заболевания, и сами по себе они мало показательны для диагностики депрессии [12].

Депрессия также обостряет ощущение боли. К примеру, депрессивные больные с остеоартритом часто не ощущают облегчения от нестероидных противовоспалительных средств, настаивая на более интенсивном лечении и манипуляциях. В целом все те пациенты, которые слишком часто посещают специалистов первич-

ной медицинской сети, должны быть обследованы для исключения депрессии.

Депрессию в пожилом возрасте необходимо рассматривать как мультифакторную проблему, обусловленную различными составляющими, например, физиологическими возрастными изменениями, заболеваниями, инвалидностью, утратой материальных ресурсов и изменениями стиля жизни (так, социально-экономические перемены также могут способствовать развитию депрессии в пожилом возрасте). Среди пожилых лиц с соматической патологией депрессия встречается в 10 раз чаще, чем в общей популяции лиц старческого возраста. Хотя в большинстве случаев биологические связи между депрессией и соматическим заболеванием остаются неясными, можно утверждать, что с возрастом нейробиологические изменения в органах и системах включаются в патогенез депрессии. С возрастом наблюдается уменьшение концентрации норадреналина, дофамина и серотонина в мозговых структурах, а также повышение уровня моноаминоксидазы [9].

Обсуждая связи между депрессией и соматической патологией, необходимо выделить по крайней мере две стороны проблемы. Во-первых, приводит ли депрессия к развитию соматического заболевания? Сосудистые и сердечно-сосудистые заболевания – тому хороший пример. Известно, что 18-25% пациентов с патологией коронарной артерии страдают депрессией; частота депрессий резко возрастает после инфаркта миокарда. Депрессия нередко развивается после инсультов и при других сосудистых заболеваниях головного мозга (сосудистой деменции).

Во-вторых, может ли депрессия приводить к сосудистым кризам? Согласно данным эпидемиологических исследований она участвует в развитии инфаркта миокарда. Одно из объяснений этого состоит в том, что депрессивные пациенты не следуют здоровому образу жизни; с другой стороны, у них, вероятно, существует предрасположенность к повышенной агрегации клеток крови.

Механизм, вследствие которого депрессия может повышать риск смерти из-за инфаркта миокарда, до сих пор остается не вполне ясным. Было обнаружено повышение уровня смертности у депрессивных пациентов с желудочковыми аритмиями – таким образом, можно предполагать, что, влияя на симпатическую-парасимпатическую регуляцию сердечного ритма, депрессия повышает риск летального исхода.

Около 50% больных паркинсонизмом, от 15 до 20% пациентов с болезнью Альцгеймера, сосудистой деменцией и другими деменциями имеют признаки депрессии [12].

В целом проблемы выявления депрессии у соматически больных в Украине схожи с такими в других странах, однако, существуют и некоторые нерешенные вопросы, специфичные для украинского контекста. Например, низкий уровень подготовки семейных врачей и медицинского персонала в отношении диагностики и лечения депрессии, неостребованность и недостаточность консультативной поддержки интернистов со стороны психиатров в сети первичной медицинской помощи.

При обследовании нами 80 терапевтических пациентов (18 мужчин и 62 женщины, средний возраст $53,7 \pm 8,3$ года), обратившихся за помощью в городскую поликлинику №2 г.Киева, мы обнаружили, что частота депрессивных расстройств в выборке составляет 17,5%. При этом никто из пациентов с депрессивными расстройствами ранее на приеме у психиатра не был, и при обследовании не предъявлял жалоб на снижение настроения, тревогу или иные характерные для депрессии симптомы. Большая часть (78,6%) пожилых больных с депрессией в нашей выборке имели хроническую и относительно стабильную ранее невыявленную депрессивную симптоматику, хотя консультировались с терапевтом на протяжении не менее 3 лет. Эта симптоматика в большинстве случаев была представлена расстройствами субпсихического регистра (дистимии, сосудистые, маскированные депрессии). За период предыдущего клинического наблюдения этим пациентам ни разу не была рекомендована консультация психиатра или лечение антидепрессивными средствами. Таким образом, можно предположить, что депрессия у них не была выявлена или – при ее своевременной диагностике — отсутствовали условия для проведения полноценной медикаментозной терапии (недостаток необходимых средств, опыта лечения, времени для детальной консультации и т.п.).

Одним из наиболее важных препятствий для оказания качественной помощи пациентам с депрессивными расстройствами в сети первичной медицинской помощи является их стигматизация в связи с обращением к психиатру. Другая существенная проблема для пожилых, особенно в отдаленных городских и сельских районах — это относительно малая доступность психиатрической помощи из-за ее чрезмерной цент-

рализации. Дискуссионным также остается вопрос о выборе медикаментозных средств для амбулаторного лечения депрессии у пожилых людей, поскольку селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, наиболее показанные в этом случае, являются доступными не всем пациентам из-за их дороговизны. При назначении трициклических антидепрессантов приходится учитывать характер их побочных действий и особенности взаимодействия с другими терапевтическими средствами.

Среди обследованных нами больных с депрессией преобладали лица пенсионного возраста, с низким уровнем дохода и недостаточной социальной поддержкой. Учитывая представленные выше данные о роли психосоциальных стрессовых факторов в формировании депрессии у лиц пожилого возраста, можно прийти к заключению, что перспективным направлением развития системы терапевтической помощи этому контингенту лиц в условиях поликлиники является консультативная помощь психолога (социального работника) и реализация программ групповой психотерапии, в особенности групп встреч.

Депрессивные расстройства распространены во всех странах и различных культурах, среди богатых и среди бедных. Несмотря на наличие многих трудностей, будущее системы оказания помощи лицам с психическими расстройствами в первичной сети медицинской помощи в Украине не должно казаться слишком мрачным. Многого должно быть сделано на организационном и образовательном уровнях, и результаты не замедлят сказаться. В соответствии с рекомендациями ВОЗ по улучшению психиатрической помощи в первичной медицинской сети нами разработаны следующие предложения:

1. Лечение в первичной сети медицинской помощи.

Своевременная диагностика и лечение депрессивных расстройств в поликлиниках обеспечивает быстрый доступ большого числа пациентов с депрессиями к системе медицинской помощи. Это сокращает затраты на необязательные обследования, неадекватное и неспецифическое лечение. Однако, это возможно лишь при условии необходимой профессиональной подготовки интернистов в области психического здоровья.

2. Обеспечение доступности психотропных средств.

Основные психотропные препараты должны быть постоянно доступны на всех уровнях ме-

дицинской помощи. Эти препараты редуцируют симптомы, улучшают работоспособность, сокращают длительность течения расстройств, предотвращают их обострение и социальную дезадаптацию больных. Медикаментозное лечение является предпочтительным, особенно в ситуациях, когда психосоциальная поддержка и квалифицированная специализированная помощь не доступны.

3. Предоставление социальной помощи.

Помощь депрессивным больным в сообществе может быть более эффективной, чем лечение в медицинском учреждении. Экономически выгоднее лечить пациента с психическими расстройствами амбулаторно. Такое лечение может быть как более своевременным, так и менее стигматизирующим. На смену крупным психиатрическим стационарам должны прийти небольшие амбулаторные учреждения, имеющие поддержку психиатрических отделений многопрофильных больниц.

4. Обучение населения.

В Украине должны предприниматься меры по преодолению предвзятого отношения к лицам с проблемами психического (психосоматического) здоровья и к психиатрической службе, по распространению информации о биологических, психологических и социальных причинах психических расстройств среди населения и успехах современной медицины в облегчении страданий психически больных и их семей. Это могло бы привести к уменьшению стигматизации и дискриминации лиц с психическими расстройствами, а также повышению обращаемости в психиатрическую службу.

5. Вовлечение общества, семей и пациентов.

Общественность, семьи и пациенты должны участвовать в принятии решений относительно политики здравоохранения. Политика здравоохранения должна стать более чувствительной в отношении возрастных, половых, культуральных и социальных особенностей больных, в особенности пациентов с психическими расстройствами и их семей.

6. Развитие национальной политики, программ и законодательства.

Развитие национальной политики, программ и законодательства в области здравоохранения

является необходимой основой для перспективного развития здравоохранения. Для Украины первоочередной задачей является увеличение ассигнований на развитие психиатрической помощи, создание системы медицинского страхования для лиц с психическими расстройствами, которая бы обеспечила большую доступность медицинской помощи. Эти меры предусмотрены Законом Украины «О психиатрической помощи» (2000 г.).

7. Развитие человеческих ресурсов.

Для Украины актуально как увеличение количества специалистов в области психиатрии, так и улучшение качества их подготовки. Эти специалисты должны обеспечивать необходимую поддержку в реализации программ в первичной сети медицинской помощи. Особое внимание необходимо уделить обучению семейных врачей, поскольку их роль в системе первичной медицинской помощи особенно велика. Насущной проблемой является развитие системы мультидисциплинарных бригад, включающих представителей медицинских и немедицинских профессий, в том числе психиатров, клинических психологов, психиатрических медицинских сестер, социальных работников и трудотерапевтов, помогающих реабилитации и возвращению пациента в общество.

8. Связи с другими областями.

В улучшении психического здоровья населения должны участвовать различные немедицинские сферы, в том числе образование, социальное обеспечение, юстиция, культура, негосударственные организации.

9. Мониторинг психического здоровья.

Мониторинг психического здоровья населения должен осуществляться с помощью информационных средств, которые предоставляют показатели заболеваемости и качества оказания помощи.

10. Обеспечение исследований.

Для лучшего понимания и развития более эффективной помощи необходимо проводить больше исследований биологических и психосоциальных аспектов депрессий. Такие разработки должны быть интеркультуральными, чтобы выявить различия между сообществами и лучше изучить причины, особенности течения и исход депрессивных расстройств.

О.К. Напрєєнко, Н. Латчман

КОМОРБІДНА ДЕПРЕСІЯ У ОСІБ ПІЗНЬОГО ВІКУ В МЕРЕЖІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Україна

В даній статті аналізується розповсюдженість, клінічні прояви, причини, соціальні аспекти та наслідки коморбідної депресії у пізньому віці. Обговорюються перспективи поліпшення допомоги геронтологічним хворим з депресивними розладами у первинній ланці медичної мережі в Україні. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 32-36)

A.K. Napryeuenko, N. Lutchmun

COMORBID GERIATRIC DEPRESSION IN THE PRIMARY CARE SETTING

National medical university by him (it) O.O. Bogomolza, Ukraine

In this article the prevalence, clinical presentations, causes, social aspects and outcome of comorbid geriatric depression are analysed. Some suggestions concerning the improvement of the present Ukrainian primary health care system for elderly patients with depressive disorders are also discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 32-36)

Литература

1. Кутько І.І., Напрєєнко О.К., Козідубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 353 – 372.
2. Напрєєнко О.К. Депресія та тривога // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я / Під наук. ред. проф. І.П. Смірної. – К., 1999. – С. 135 – 142.
3. Gan Y.F., Yang Y.Y., Xu L. A preliminary study of the diagnosis and treatment of depressive episodes in primary care // Chinese Mental Health Journal. - 1998. - N12. - P. 15 - 16.
4. Goodwin F.K., Jamison K.R. Suicide, in manic-depressive illness. - New York: Oxford University Press, 1990. - 268 p.
5. Katon W., Robinson P. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression // Archives of General Psychiatry. - 1999. - Vol. 56. - P. 1109 - 1115.
6. Katona C., Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression // Lancet. - 2000. - Vol. 356. - P. 91.
7. Kessler L., McConagle K.A. Results from national comorbidity survey // Archives of General Psychiatry. - 1994. - Vol. 51. - P. 8 - 19.
8. Newman S.C., Bland R.C., Orn H.T. The prevalence of mental disorders in the elderly // Canadian Journal of Psychiatry. - 1998. - Vol. 43. - P. 910 - 914.
9. Schulberg H.C., Katon W. Treating major depression in primary care // Archives of General Psychiatry. - 1998. - Vol. 55. - P. 1121 - 1127.
10. Thornicroft G., Sartorius N. The course and outcome of depression in different cultures // Psychological Medicine. - 1993. - N23. - P. 1023 - 1032.
11. Ustun T.B., Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. - Chichester: John Wiley & Sons, WHO, 1995. - 150 p.
12. World Health Report. 2001. WHO. - Geneva, 2001. - 178 p.

Поступила в редакцію 18.06.2002г.

УДК 616.89-008.441.1

*А.Ю. Васильева***СОЦИАЛЬНЫЕ ФОБИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: социальные фобии, социально-демографические особенности, амбулаторная общесоматическая практика

Тревожно-фобические расстройства относятся к наиболее распространенным нарушениям. В последнее время наблюдается повышенный интерес исследователей к проблеме социальных фобий. Впервые термин «социальная фобия» предложил в 1966 году J.M. Marks как один из вариантов тревожных расстройств. Данные о распространенности этих расстройств среди населения варьируют от 3-5% [1] до 16% [2]. В поле зрения психиатров эти пациенты попадают сравнительно редко. По данным E. Weiller, 1996, только 5% пациентов с социальными фобиями пользуются специализированной помощью. Среди не охваченных лечебными мероприятиями, считает Katsching H., 1996, преобладают лица с подпороговыми социальными фобиями, не влияющими существенно на повседневную активность. Начавшись в раннем возрасте (до 95% случаев возникновения социальных фобий приходится на возрастной период до двадцати лет) и, будучи не леченым, это заболевание может продолжаться в течение всей оставшейся жизни больного [3]. Социальные фобии обнаруживаются в различных культурных средах. В некоторых популяционных исследованиях [4] была установлена более высокая распространенность их среди женщин, чем среди мужчин. Однако в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 социальная фобия одинаково часто встречается среди мужчин и женщин. Вероятно, что мужчины чаще, чем женщины, прибегают к выработке «компенсаторных стратегий» [5].

В основе социальных фобий лежит страх оказаться объектом внимания, сопровождающийся опасением негативной оценки окружающими, приводящий к избеганию социальных ситуаций.

Люди, страдающие социальной фобией, озабочены мыслью, что за ними критически наблюдают, хотя и осознают, что мысль эта беспочвенна [6,7,8]. Такое состояние у пациентов начинает развиваться в возрасте между 17 и 30 годами [9]. Этиология социальной фобии недостаточно понятна. Большинство социальных фобий начинается с внезапного приступа тревоги при обстоятельствах, сходных с теми, которые становятся раздражителями для фобии. Последующее развитие фобических симптомов происходит вследствие сочетания двух факторов: выработки условного рефлекса и патологических особенностей мышления. Главная особенность мышления, способствующая формированию социальных фобий, обозначается как «страх негативной оценки» – чрезмерная тревога по поводу возможной критики со стороны других людей [10]. Предшествует такое мышление расстройству или развивается вместе с ним – неизвестно, но в любом случае, оно усугубляет и поддерживает фобическую тревогу [11].

Страдающие фобическими расстройствами лица далеко не всегда обращаются за специализированной психиатрической или психотерапевтической помощью, что приводит к тяжелым расстройствам с затяжным течением, которые в дальнейшем вызывают значительные трудности при курации психиатрами [6].

Целью настоящей работы являлось изучение изолированных социальных фобий среди пациентов территориальной поликлиники промышленного города, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической или психотерапевтической помощью.

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки были исследованы 1000 взрослых пациентов общесоматической поликлиники. Исследование проводилось путем опроса респондентов врачом-психиатром с заполнением специально разработанных для

этой цели эпидемиологических карт. Для оценки клинической картины использовались диагностические критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра, степень выраженности фобического расстройства опреде-

лялась с помощью стандартизированной оценочной шкалы – Шкала социальных фобий Liebowitz [2], уровень тревожности оценивался с помощью методики Спилберга.

У 163 пациентов (16,9%) были выявлены социальные фобии. Из них, 43 пациента (26,4%) обратились в территориальную поликлинику по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ВСД), 50 пациентов (30,7%) — по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический гастроэндуоденит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,

хронический колит), 18 пациентов (11,0%) — по поводу заболеваний дыхательной системы (хронический бронхит; ОРЗ или ОРВИ и грипп не учитывались), 15 пациентов (6,2%) — по поводу нефрологической патологии (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, мочекаменный диатез), 18 пациентов (11,0%) по поводу эндокринной патологии (сахарный диабет, тиреотоксикоз). К моменту обращения пациентов в поликлинику длительность соматических заболеваний составляла до 1 года у 7 человек (4,9%), от 1 года до 5 лет — у 30 пациентов (20,8%), от 5 до 10 лет — у 26 пациентов (18,1%), свыше 10 лет — у 21 пациента (14,6%).

Результаты исследований и их обсуждение

Фобические расстройства были выявлены у 163 пациентов из 1000 обследованных (16,3%): 30 мужчин (18,4%) и 133 женщины (81,6%). В возрасте до 20 лет социальные фобии встречались у 27 пациентов (16,6%), от 20 до 39 лет — у 70 пациентов (43,0%), от 40 до 59 — у 66 пациентов (40,4%). Чаще они выявлялись у лиц со средним образованием (109 пациентов, 66,9%), 52 пациентов (31,9%) имели высшее и 2 пациента (1,2%) — начальное образование.

Синдром социальной фобии диагностировался при выявлении следующих признаков: наличие выраженного или устойчивого страха, связанного с одной или несколькими социальными ситуациями, при которых человек находится в обществе незнакомых людей или под пристальным вниманием со стороны окружающих; понимание неразумности своего страха, избегание ситуаций, вызывающих страх или наличие выраженной тревоги при невозможности избежать ситуации.

Анализ распространенности социальных фобий в зависимости от вредностей, связанных с профессиональной деятельностью пациентов, позволил получить следующие результаты: 78 пациентов (47,8%) указали на наличие нервно-эмоциональных перегрузок, 36 пациентов (22,8%) — недостаточность физической активности, 31 пациент (19,0%) — физические перегрузки и 18 пациентов (11,0%) отметили отсутствие каких-либо вредностей на производстве.

Чаще фобии обнаруживались у пациентов, удовлетворенных своим материальным положением (102 пациента — 62,6%).

Большинство пациентов с фобическими расстройствами (111 человек — 68,1%) описывают семейные взаимоотношения спокойными и доброжелательными, у 43 пациентов (26,4%) периодически в семье возникают конфликтные си-

туации, у 9 (5,5%) — взаимоотношения в семье спокойные, холодно-формальные.

По уровню тревожности пациенты распределились следующим образом: у 14 пациентов (8,6%) выявлен низкий уровень реактивной тревожности, у 89 (54,6%) — средний уровень и у 60 (36,8%) — высокий уровень реактивной тревожности. Показатели личностной тревожности этого контингента были такими: низкий уровень выявлен у 4 пациентов (2,5%), средний — у 59 пациентов (36,2%) и высокий уровень — у 100 пациентов (61,3%).

Наиболее часто встречающейся ситуацией, в которой пациенты общесоматической поликлиники отмечали наличие сильно выраженного страха, — ситуация «выступать на собрании без предварительной подготовки» (73 случая — 44,8%), в 54 случаях (33,1%) пациенты отметили ситуацию «пытаться познакомиться с кем-то с целью сексуальных или романтических отношений», в 47 случаях (28,8%) — ситуацию «выполнять какие-либо действия или говорить перед аудиторией», в 31 случае (19,0%) — ситуацию «выступать с подготовленной речью», ситуацию «быть в центре внимания» пациенты отметили в 22 случаях (13,4%).

В зависимости от интенсивности клинических проявлений были выделены две группы фобических расстройств: I группа — нерезко выраженные фобии и II группа — умеренно выраженные фобии.

Фобии, отнесенные к первой группе, диагностировались в случаях, если общая сумма баллов по шкале Liebowitz попадала в диапазон от 25 до 48 баллов. Чувство смутного беспокойства возникает лишь временами, чаще при попадании пациентов в конкретную субъективно значимую ситуацию. Проявляет-

ся незначительным тремором рук, потливостью, сухостью во рту; при этом поза и движения остаются внешне спокойными, но временами изменяется мимика, появляется подвижный беспокойный взгляд, речь становится несколько сбивчивой, с обмолвками, запинками или излишней детализацией. При этом сохраняется критическое отношение к тревожному настроению, которое оценивается как «внутренний дискомфорт» и часто успешно подавляется. Целесообразная деятельность чаще не нарушается.

Пациенты, отнесенные к группе умеренно выраженных фобических расстройств, при по-

падании в ситуацию, где они становились объектом внимания окружающих, испытывали выраженное внутреннее беспокойство, проявляющееся тремором рук, ощущением перебоев в работе сердца, дрожью, потливостью, сухостью во рту, тошнотой, чувством жара, холода, императивными позывами к мочеиспусканию или дефекации. Пациенты были озабочены мыслью о том, что за ними критически наблюдают, опасались негативной оценки своей деятельности со стороны окружающих, активно избегали социальные ситуации. Общая сумма баллов по шкале Liebowitz соответствовала диапазону от 49 до 72 баллов.

Таблица 1

Сравнительная характеристика социально-демографических показателей в зависимости от пола в группе пациентов с нерезко выраженными фобиями

Социально-демографические показатели	Мужчины		Женщины	
	Абс.	Отн. %	Абс.	Отн. %
Возраст:				
- до 20 лет	6	27,3%	13	12,2%
- 20-40 лет	11	50,0%	46	42,9%
- 40-59 лет	5	22,7%	48	44,9%
Образование:				
- начальное	0		1	0,9%
- среднее	15	68,2%	71	66,3%
- высшее	7	31,8%	35	32,7%
Стаж работы:				
- до 10 лет	11	50,0%	35	32,7%
- 10-20 лет	2	9,1%	26	24,3%
- 20-30 лет	3	13,6%	27	25,3%
- свыше 30 лет	2	9,1%	16	14,9%
- нет стажа работы	4	18,2%	3	2,8%
Вредности на производстве:				
- нервно-эмоциональные перегрузки	8	36,4%	56	52,3%
- физические перегрузки	7	40,8%	19	17,8%
- недостаточность физической активности	5	22,7%	21	19,6%
- отсутствие вредностей	2	9,1%	11	10,3%
Материальное положение:				
- удовлетворительное	14	63,6%	65	60,7%
- неудовлетворительное	8	36,4%	42	39,3%
Взаимоотношения в семье:				
- доброжелательные	12	54,5%	78	72,9%
- конфликтные	10	45,5%	29	27,1%
Сопутствующая соматическая патология:				
- ССС	8		24	22,4%
- ЖКТ	1	36,4%	37	34,6%
- ДС	0	4,5%	12	11,2%
- нефрологическая	1		10	9,3%
- эндокринная	0	4,5%	16	14,9%
Длительность соматического заболевания:				
- до 1 года	0		5	4,7%
- 1-5 лет	6	27,3%	17	15,9%
- 5-10 лет	4	18,2%	15	14,0%
- свыше 10 лет	2	9,1%	15	14,0%

Нерезко выраженные фобии обнаружены у 129 пациентов (77,3%), большинство из которых составили женщины (82,9%). Чаще фобические расстройства выявлялись в возрасте от 20 до 39 лет. Обнаружены определенные зависимости развития этого вида патологии от уровня образования, стажа работы и профессиональных вредностей: расстройства чаще обнаруживались у пациентов, имевших среднее и средне специальное образование, которые по роду своей деятельности часто подвергались

нервно-эмоциональным перегрузкам, а стаж работы составлял до 10 лет. Пациенты были удовлетворены своим материальным положением, взаимоотношения в семьях были спокойными, доброжелательными. Многие пациенты имели сопутствующую соматическую патологию (наиболее часто встречалась патология желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы). Длительность соматического заболевания в большинстве случаев составляла от 1 года до 5 лет.

Таблица 2

Сравнительная характеристика социально-демографических показателей в зависимости от пола в группе пациентов с умеренно выраженными фобиями

Социально-демографические показатели	Мужчины		Женщины	
	Абс.	Отн. %	Абс.	Отн. %
Возраст:				
- до 20 лет	1	12,5%	7	26,9%
- 20-- 40 лет	4	50,0%	9	34,6%
- 40-- 59 лет	3	37,5%	10	38,5%
Образование:				
- начальное	0		1	3,8%
- среднее	5	72,5%	18	69,3%
- высшее	3	27,5%	7	26,9%
Стаж работы:				
- до 10 лет	4	50,0%	4	15,4%
- 10-20 лет	0		3	11,5%
- 20-30 лет	1	12,5%	8	30,8%
- свыше 30 лет	2	25,0%	8	30,8%
- нет стажа работы	1	12,5%	3	11,5%
Вредности на производстве:				
- нервно-эмоциональные перегрузки	3	37,5%	11	43,3%
- физические перегрузки	1	12,5%	4	15,4%
- недостаточность физической активности	3	37,5%	7	26,9%
- отсутствие вредностей	1	12,5%	4	15,4%
Материальное положение:				
- удовлетворительное	5	72,5%	18	69,2%
- неудовлетворительное	3	37,5%	8	30,8%
Взаимоотношения в семье:				
- доброжелательные	4	50,0%	17	65,4%
- конфликтные	4	50,0%	9	34,6%
Сопутствующая соматическая патология:				
- ССС	3	37,5%	8	30,8%
- ЖКТ	4	50,0%	8	30,8%
- ДС	2	50,0%	4	15,4%
- нефрологическая	1	12,5%	3	11,5%
- эндокринная	0	-	2	7,7%
Длительность соматического заболевания:				
- до 1 года	0	-	2	7,7%
- 1-5 лет	3	37,5%	4	15,4%
- 5-10 лет	2	25,0%	5	19,2%
- свыше 10 лет	1	12,5%	3	11,5%

Умеренно выраженные фобии были выявлены у 34 пациентов (20,9%), у 26 женщин (76,5%) и 8 мужчин (23,5%). Большинство пациентов этой группы были в возрасте от 40 до 59 лет, имели среднее и средне специальное образование, стаж работы превышал 30 лет, а профессиональная деятельность была связана с чрезмерным нервно-эмоциональным напряжением. Большинство пациентов были удовлетворены материальным положением и описывали семейные взаимоотношения благополучными. Все пациенты этой группы страдали хронической соматической патологией, среди которой преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, длительностью от 5 до 10 лет.

Определение уровня тревожности выявило определенные тенденции: у пациентов с нерезко выраженными фобиями показатели реактивной тревожности колебались в диапазоне средних значений, в то время как у пациентов с умеренно выраженными фобиями показатели реактивной тревожности были высокими. У пациентов обеих групп определялся высокий уровень личностной тревожности. Эти результаты были подтверждены клинически: в группе нерезко выраженных фобических расстройств пациенты жаловались, что очень часто испытывают «внутренний дискомфорт по малейшему поводу, неадекватное ситуации волнение». Пациенты с умеренно выраженными фобиями указывали, что тревожное настроение носит постоянный характер, оценивали свое состояние как «внутреннее беспокойство» или «напряжение», «стеснение». Почти постоянными были мысли об опасности, угрожающей обстановке, тревожных событиях, ожидающихся в недалеком будущем.

В таблицах 1 и 2 представлены сравнительные данные социально-демографических показателей пациентов, страдающих фобиями различной степени выраженности в зависимости от пола.

В группе пациентов с нерезко выраженными фобическими расстройствами были выявлены следующие особенности: в возрастных группах «до 20 лет» и «от 20 до 39 лет» чаще фобическими расстройствами страдали мужчины, а в возрастной группе от 40 до 59 лет — женщины. Фобические расстройства практически одинаково часто встречались и у мужчин, и у женщин, имевших среднее и средне специальное образование и до 10 лет стажа работы. Большинство мужчин, страдающих фобическими расстройствами из производственных вредностей отмечали частые физические перегрузки, в то время как жен-

щины делали акцент на нервно-эмоциональных. Большинство и мужчин, и женщин были удовлетворены своим материальным положением, семейные взаимоотношения описывали спокойными, доброжелательными.

Большинство мужчин этой группы страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в то время как женщины чаще обращались к врачам-интернистам по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта, причем длительность заболеваний и у мужчин, и у женщин не превышала 5 лет.

Анализ социально-демографических характеристики пациентов с умеренно-выраженными фобическими расстройствами показал, что в возрастных группах «до 20 лет» и «40-59 лет» чаще страдают женщины, а в группе «20-39 лет» эти расстройства чаще выявлялись у мужчин.

Большинство и мужчин, и женщин имели среднее и средне специальное образование. Мужчины чаще имели до 10 лет стажа работы, в то время как женщины — более 20 лет.

Большая часть мужчин с умеренно выраженными фобиями из производственных вредностей отметили и нервно-эмоциональные перегрузки, и недостаточность двигательной активности, а у женщин на производстве преобладали нервно-эмоциональные перегрузки. И мужчины, и женщины были удовлетворены своим материальным положением. Большинство женщин свои внутрисемейные взаимоотношения описывали благополучными, в отличие от мужчин, у которых чаще в семье возникали конфликтные ситуации. Мужчины чаще страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы, а женщины были более подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Причем у женщин длительность соматической патологии была дольше (5-10 лет), мужчины же страдали соматической патологией до 5 лет.

Таким образом, полученные предварительные данные о распространенности, клинических проявлениях и степени тяжести социальных фобий у лиц, обращающихся по поводу различных соматических заболеваний в территориальную поликлинику свидетельствует о необходимости комплексной (многоосевой в понимании составителей МКБ-10) оценки состояния здоровья пациентов. Участие эмоционального фактора, сопровождающего хронические соматические заболевания, является основанием для проведения этому контингенту больных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

СОЦІАЛЬНІ ФОБІЇ В АМБУЛАТОРНОЇ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОЇ ПРАКТИЦІ

Донецький державний медичний університет, Україна

У роботі представлені попередні результати клініко-епідеміологічного дослідження пацієнтів загальносоматичної поліклініки. Були обстежені 1000 дорослих пацієнтів, котрі ніколи раніше не зверталися за психотерапевтичною чи психіатричною допомогою. У 16,3% пацієнтів були виявлені соціальні фобії різного ступеня виразності. Установлено деякі залежності поширеності соціальних фобій від статевих, вікових і соціальних характеристик обстежених. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 37-42)

A. Yu. Vasilyeva

SOCIAL PHOBIAS IN OUT-PATIENT SOMATIC PRACTICE

Donetsk state medical university, Ukraine

In activity the preliminary outcomes of clinical and epidemiological research of the patients of somatic polyclinic are submitted. 1000 adult patients never earlier addressed for psychotherapeutic or the psychiatric help were inspected. For 16,3 % of the patients the social phobias of a different degree of manifestation were detected. Some relations of abundance of social phobias from social characteristics of the inspected faces are established. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 37-42)

Литература

1. Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – М: Медицина, 1994. – С. 391-400
2. Коста Дэ Сильва Ж.А., Ангст Й., Дэвисон Дж., Келлер М., Лепэн Ж.-П., Либовиц М., Лопес-Ибор Х.Х., Прист Р., Сигель Дж., Монтгомери С.А. Социальная фобия. – 1999. – 52 с.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – М., 1997. – 1 т. – С. 139-140
4. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность тревожных и фобических расстройств в популяции крупного промышленного города. // Российский психиатрический журнал. – М., 2000. – № 3. – С.14-21
5. Шейдер Р. Психиатрия. С.-П., 1998. – С. – 365
6. Amies, P.L., Gelder, M.G, and Shaw, P.M. Social phobia: a comparative clinical study // British Journal of Psychiatry, 1983. – № 142, p. 174-179
7. Gorman J.M., Liebowitz M.R., Fyer A.J. Treatment of social phobia with atenolol // J. Clin. Psychopharm., 1985. - № 5. - 298 p.
8. Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., and Klein, D.F. Social phobia: review of neglected anxiety disorder // Archives of General Psychiatry, 1985. - № 42. - P. 729-736
9. Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. Anxiety disorders and phobias. – New York: Basic books. – 1985. – 207 p.
10. Eaton W.W. Progress in the epidemiology of anxiety disorders. Epidemiol Rew. – 1995. - № 17. – P. 32-33.
11. Regier D.A., Burke J.D., Burke K.C. // Comorbidity of mood and anxiety disorders/ Eds. Maser J.D., Cloninger C.R. – Washington DC, 1990. – P. 113-122.
12. Reich, J. The epidemiology of anxiety // J. Nerv. Ment. Dis. – 1986. – Vol.174: P.129-136.
13. Rapee R.M., Barlow D.H. (eds.). Chronic anxiety. – New York, 1991. –148 p.
14. Van Ameringen, M., Mancini, C., Streiner, D.L. Fluoxetine efficacy in social phobia // J. Clin. Psychiatry. –1993.- № 54. – P. 27-32.

Поступила в редакцию 14.06.2002г.

УДК 616.8 – 009.7 – 079.8 – 08:616.895

*О.И. Серикова***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ДЕПРЕССИВНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: хроническая боль, депрессивное расстройство

Исследования хронических болевых синдромов, являющихся маской эндогенно-процессуальных расстройств немногочисленны и касаются преимущественно «скрытой, маскированной депрессии» [1]. Психогенный хронический болевой синдром может наблюдаться при депрессии любой этиологии. Еще в 1901 году С.С.Корсаков писал: «...психическая гипералгезия аналогична телесной гипералгезии. Подобно тому, как в телесной области мы говорим об усилении болевой чувствительности, о гипералгезии, можно также говорить об усилении болевой чувствительности в области душевного чувства; при этом больной воспринимает все впечатления как болезненные

(болевые). Те впечатления, которые в нормальном состоянии вызывали даже приятное чувство, при этом состоянии начинают вызывать болевое чувство...» [2]. Сродство боли и депрессии в настоящее время можно объяснить прежде всего общими звеньями патогенеза: и при хронических болевых синдромах соматогенного происхождения и при депрессии определяется недостаточность серотонинергических систем мозга. Серотонинергическая теория депрессии в настоящее время является лидирующей, доказано также существенное значение дисфункции нисходящих серотонинергических противоболевых систем мозга и в формировании хронической боли [3].

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 217 больных, направленных на консультацию к психиатру врачами других специальностей, с жалобами на тягостные болевые ощущения в различных органах и частях тела. В 181 случае депрессия была первопричиной боли или основным механизмом хронификации болевого синдрома. Средний возраст пациентов составил $34 \pm 12,4$ года, преобладали женщины (71%). Наблюдались различные варианты депрессий: 50 больных с текущим депрессивным эпизодом, умеренным или тяжелым, без психотических симптомов (F 32.11, F 32.2), 38 — с биполярным аффективным расстройством, текущим депрессивным эпизодом (F 31.3 — F 31.5), проявлявшиеся сочетанием соматических депрессивных симптомов с постоянной болью, не обусловленной органическими причинами. Невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F 4) с преобладанием в клинической картине тревожно-депрессивного синдрома и хронической боли психогенного генезиса страдали 93 человека. При хронической боли соматического происхождения происходило значительное снижение качества жизни человека, что проявлялось в нарушении жизненных планов и стереотипов, приводящих к вторичной психогенной депрессии, для которой характерно было сочетание с тревогой и мышечным напряжением (F 41.2).

Наиболее частая локализация болевых ощущений — абдоминальная, вертебральная, урогенитальная, область сердца, чувство жжения кожных покровов и слизистых. Практически все прошли многочисленные обследования в различных клиниках. К направлению на консультацию к психиатру в начале большинство больных восприняли как попытку врачей избавиться от трудного больного, нежелание искать причину хронической боли. 83 (38,2%) обследованных больных с хронической болью психогенного происхождения перенесли различные диагностические и urgentные оперативные вмешательства, не обнаружившие органических причин боли.

В работе были использованы клинко-психопатологический, электрофизиологический, биохимический методы исследования. С целью объективизации выраженности и характера болевого ощущения применялись: числовая ранговая шкала, визуальная аналоговая шкала, вербальная ранговая шкала, Мак Гилловский опросник боли.

Результаты исследования и их обсуждение

Психическая составляющая хронических болевых синдромов при эндогенных депрессиях включала депрессивные нарушения, достигающие выраженного уровня, соматические эквиваленты тревоги и настойчивое стремление больных к хирургическому лечению. Характер болевого поведения и выраженность установки на оперативные вмешательства определялись соотношением глубины депрессии и тяжести астении. Характерна была и миграция болевых ощущений с постепенным превращением в паналгию. Хроническая боль при эндогенной депрессии чаще диффузная, монотонная, постоянная, больные не могут конкретизировать свои ощущения. При тестировании по Мак Гилловскому опроснику боли у этой категории больных преобладали дескрипторы аффективных характеристик — «утомляющая», «выматывающая», «наказывающая», «размазывающая» боль, среди дескрипторов сенсорных характеристик преобладали — «грызущая», «раздавливающая», «мозжащая», «ноющая», «тупая».

При инволюционной депрессии преобладали психогенные абдоминалгии, чувство жжения кожных покровов, «rain back».

При этих двух типах депрессии присутствовали практически все диагностические критерии депрессивных расстройств, однако, их диагностика оказалась сложной для врачей — не психиатров, поэтому больные длительно и безуспешно лечились у соматологов.

При атипичной (соматизированной) депрессии хроническая боль обычно имела множественную локализацию, что копировало различные соматоневрологические заболевания. Преобладала хроническая боль в области сердца, крупных суставов, головы. Длительно время больные имели неопределенные диагнозы — ганглионит, полирадикулопатия и т.п., неоднократно лечились в стационарах различного профиля. В поле зрения психиатра они попадали через 1-2 года после начала заболевания.

При наличии в клинической картине депрессии хронического болевого синдрома и их любом сочетании ведущее место в лечении отводилось антидепрессантам. Механизм противоболевого действия антидепрессантов объясняется тем, что при уменьшении депрессивных проявлений, маской которых служил болевой синдром, уменьшаются и проявления

боли, при вторичных по отношению к боли депрессиях улучшение настроения всегда приводит к ослаблению хронической боли. Антидепрессанты стимулируют аниноцицептивные нисходящие в основном серотонинергические системы мозга, что оказывает противоболевое действие. Кроме того, антидепрессанты потенцируют действие как экзогенных, так эндогенных анальгезирующих веществ. В настоящее время приоритетными при лечении хронической боли являются антидепрессанты, обладающие серотонинергической активностью: трициклические антидепрессанты - амитриптилин (триптизол), доксепин (синэксван), кломипрамин (анафранил); селективные серотонинергические антидепрессанты или ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране — СИОЗС-флуоксетин, сертралин (золофт), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин). Наши исследования показали, что наиболее эффективными для лечения этих видов депрессии являются ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране. Мы использовали циталопрама гидробромид (ципрамил) фирмы Н.LUNDBECK (47 больных) и флуоксетин различных фармакологических фирм-производителей (68 больных). Остальные пациенты получали трициклические антидепрессанты по общепринятой схеме, в ряде случаев в сочетании с четырехциклическими (доксепин). Циталопрам и флуоксетин назначались в первой половине дня в начальной дозе 20 мг в сутки. При умеренных и тяжелых депрессиях без психотических симптомов их доза увеличивалась до 40–60 мг в сутки. Клинический анальгетический эффект наступает раньше, чем антидепрессивный. Побочных действий при применении даже 80 мг этих препаратов течение 6 недель ни у одного из пациентов не наблюдалось. Поддерживающая доза при эндогенных депрессиях составила 10–20 мг в сутки. В случаях невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств с преобладанием в клинической картине тревожно – депрессивного синдрома и хронической боли психогенного генеза после купирования симптоматики отмена флуоксетина или циталопрама производилась одномоментно без развития синдрома отмены.

О.І.Серикова

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ХРОНІЧНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМАХ ДЕПРЕСИВНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Розглянуто особливості плинну, діагностики і терапії, депресій з переваженням у клінічній картині хронічних больових відчуттів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 43-45)

О.І. Serikova

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND MEDICAL TACTICS AT THE PATIENTS WITH CHRONIC PAINS OF PSYCHOGENIC ORIGINE

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

It's considered features of current, diagnostics and therapy, depressions with prevalence in a clinical pattern of chronic pain sensations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 43-45)

Литература

1. Hodgkiss A. From lesion to metaphor: chronic pain in British, French and German medicalwritings. - Clio Med. - 2000. – 218 p.
2. Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1901. – 218 с.
3. Schmidl F. Psychosomatischen Ambulanz der Neurologischen Abteilung des Krankenhauses derStadt Wien-Lainz // Wien Med Wochenschr. – 2000.-V.150(13-14). – P. 295-299.

Поступила в редакцію 21.04.2002г.

УДК 616.895.4-083-085

*А.К. Напреенко, Н. Латчман***ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, Украина

Ключевые слова: депрессивные, психосоматические и соматопсихические расстройства; амбулаторная общесоматическая практика

Несмотря на развитие знаний в области психиатрии, проблема диагностики и лечения депрессивных расстройств не теряет своей актуальности. По данным экспертов ВОЗ ежегодно в мире клинически диагностированной депрессией болеют по крайней мере 200 млн. человек, и эта цифра постоянно возрастает. Украина входит в число стран с высокой заболеваемостью депрессивными расстройствами. Каждый восьмой человек хотя бы раз в жизни нуждается в проведении специальной антидепрессивной терапии. Приблизительно 2/3 пациентов с диагностированной депрессией склонны к суицидальным попыткам и 10-15% совершают суицид [7]. Несмотря на значительный интерес украинских психиатров к проблеме депрессии, вопрос о ее выявлении и лечении у соматически больных разработан неудовлетворительно. Серьезным пробелом в этой области является недостаток эмпирических данных о наличии аффективной патологии у пациентов общемедицинской сети в целом и в частности — у пациентов первичного или амбулаторного звена медицинской службы.

В настоящей работе мы рассматриваем некоторые модели оценки развития депрессивных расстройств, пригодные для распознавания данной патологии и планирования лечебных мероприятий в условиях общесоматической амбулаторной практики. В основу работы положены данные, полученные при обследовании 80 пациентов (18 мужчин и 62 женщины, средний возраст $53,7 \pm 8,3$ года), обратившихся за помощью в городскую поликлинику №2 г. Киева. Никто из респондентов ранее у психиатра не лечился. Исследование проводилось с помощью структурированного интервью, клинико-психопатологического и патопсихологических методов.

Обнаружено, что частота депрессивных расстройств в выборке составляет 17,5% (14 человек). Этот результат соответствует имеющимся

эпидемиологическим показателям депрессивных расстройств у пациентов общемедицинских учреждений амбулаторной и госпитальной сети: так, по данным литературы доля депрессий у больных этого контингента колеблется от 10 до 22-23% [11], среди больных пожилого и старческого возраста, обращающихся в территориальные поликлиники России, пациенты с дистимией составляют 14,4% [4].

Среди обследованных нами больных с депрессией преобладали лица пенсионного возраста, с низким уровнем дохода и недостаточной социальной поддержкой. Поскольку депрессивная симптоматика в большинстве случаев была представлена расстройствами субпсихотического регистра (дистимии, сосудистые, маскированные депрессии), мы считаем необходимым остановиться на тех теориях коморбидных депрессивных состояний, которые выходят за рамки исключительно биологической модели и предполагают комплексное лечение с использованием медикаментов, психотерапии и социально-реабилитационных мероприятий.

С точки зрения целостного — биопсихосоциального подхода в психиатрии среда обитания человека рассматривается как иерархическая система физических, биологических, психических и социальных уровней, причем на каждом более высоком уровне появляются новые «эмерджентные» (англ. emergent — внезапно возникающий) свойства. Данное теоретическое направление не только неразрывно связывает психическое и соматическое как в рамках нормы, так и в рамках патологии, но и совершенно оправданно, на наш взгляд, существенное значение придает взаимозависимости индивидуума и окружающей его социальной среды [5].

Необходимо отметить, что в генезе депрессивных расстройств, сопровождающих соматическую патологию, можно выделить соматопсихическое и психосоматическое звенья. Сомати-

ческое заболевание само по себе является психотравмирующим фактором даже при отсутствии других выраженных конфликтных ситуаций. С другой стороны, вторично образовавшиеся расстройства психической сферы негативно влияют на соматическую сферу, что приводит к образованию патологического комплекса по типу порочного круга [8–12]. Из этого следует, что разделение на психосоматическое и соматопсихическое достаточно условно и больше отражает анамнестический аспект, нежели патогенетическую сущность формирования болезненного процесса.

Среди аффективной патологии у этих больных преобладают депрессивные расстройства. Они являются наиболее соматизированными психическими отклонениями. Подобная соматизация может доминировать во внутренней картине болезни — тогда психические расстройства не осознаются пациентами и тесно ассоциируются с телесными страданиями. В таких случаях согласно принципу комплиментарности аффект и содержание конфликта вытесняются и соматизируются [2]. Соматические жалобы и функциональные симптомы как эквивалент депрессивных расстройств могут преобладать в клинической картине заболевания, а эмоциональное нарушение при этом отходит на задний план и остается незамеченным как больным, так и врачом-интернистом. Данное явление может наблюдаться при депрессиях самого различного генеза.

Хотя явно выраженной конституционально-типологической преморбидной основы, действующей как фактор риска возникновения соматизированных депрессий, не выявлено, в литературе описаны некоторые черты личности, характерные для больных с такими расстройствами: трудолюбие, педантичность, неумение выражать агрессию, тенденция к симбиотическим отношениям с сильными привязанностями [1,5]. Кроме того, особенностями, предрасполагающими к развитию психосоматических расстройств с депрессией являются неблагоприятные макро- и микросоциальные факторы. Среди социологических характеристик в качестве факторов риска рассматривают принадлежность к женскому полу, а также низкий уровень образования и социального положения. Механизм действия этих составляющих скорее всего заключается в культуральных установках по отношению к эмоциональной сфере, то есть в способности психологически перерабатывать стрессы и сопутствующие им эмоциональные переживания [1].

К социально-психологическим предрасполагающим факторам относят также ожидание вторичной выгоды, получение внимания и помощи, которые в культуре обследуемой популяции более тесно связаны с наличием соматического заболевания, чем с наличием психического расстройства. Стигматизация психически больных делает «психиатрические» жалобы условно нежелательными. В то же время принятие роли пациента общесоматического профиля может давать право на определенные льготы и некоторые — пусть и минимальные — преимущества.

Противоположный подход в трактовке сопряженных с соматической патологией аффективных расстройств заключается в движении «от соматической патологии к психическим нарушениям». Начало такого направления было положено Крелем и Бергманом, а впоследствии развито Вайцеккером, Искулем, Йоресом и Кристианом. Данные исследователи являлись в основном психоаналитически ориентированными терапевтами. Естественнонаучные потребности практической медицины и преимущественно соматический уклон привели к выходу данного направления за рамки чистого психоанализа. Под влиянием европейских традиций Александра, в США сходное направление развивал Вайнер [5].

Выделяют по крайней мере три варианта генеза депрессивных расстройств, возникающих на фоне соматических заболеваний: 1) соматическое заболевание провоцирует манифестацию аффективного расстройства у субъекта с психическим заболеванием; 2) депрессия является непосредственным следствием конкретных патофизиологических проявлений соматической болезни (интоксикация, гипоксия, инфекционно-аллергический и другие факторы); 3) депрессивная симптоматика может рассматриваться как психогенная реакция на соматическое заболевание и возможные его последствия [3].

В некоторых случаях клиника аффективных расстройств имеет определенные соматоспецифические особенности. Так, при климактерических депрессиях наблюдается снижение настроения, тревога за здоровье, страх смерти, астенические компоненты симптоматики; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта чаще встречается ипохондрическая депрессия; болезнь Крона и язвенный колит сопровождаются астенодепрессивными проявлениями со страхом смерти; невротическая депрессия с фобическим компонентом характерна для сердечно-сосудистых заболеваний; тоска, тревога и ипохондрия

сопутствуют опухолям мозга; послеродовые депрессии сопровождаются бессонницей, идеями самообвинения и т.п. [8,12 и др.].

Особое внимание исследователей привлекают депрессии, коморбидные с соматической патологией, у пациентов позднего возраста. Депрессивные расстройства у неврологически и соматически больных данной возрастной категории обычно возникают на фоне соматических заболеваний, имеющих затяжное либо хроническое течение: опухоли мозга, церебральный атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания органов дыхания, хронические инфекции, онкологические и эндокринные заболевания и др.

В структуре собственно аффективной патологии наблюдаются проявления соматизированной депрессии со стойкой ипохондрической фиксацией на незначительных нарушениях функций организма. При этом в клинической картине преобладают такие телесные сенсации, как головокружение, алгии, парестезии и др., в то время как «типичные» депрессивные жалобы на тоску, подавленность, плохое настроение отступают на второй план. Среди частых симптомов – не всегда обусловленные течением соматической болезни бессонница, депрессивные руминации, тревога с двигательным беспокойством. Иногда картина депрессии определяется угрюмым, ворчливо-раздражительным настроением, брюзжанием и вспышками недовольства. В других случаях наблюдается двигательная заторможенность, апатия, ангедония, чувство безнадежности и беспомощности, проявления анергии. Когнитивный компонент депрессии представлен негативной самооценкой с пессимистическими представлениями о жизненных перспективах [9,12].

В последнее время в психосоматической медицине как и в других направлениях медицинской науки отмечается стремление к интеграции различных ее специальностей. В мировой практике такая тенденция реализуется через объединение различных биологических, психологических и социальных позиций. Учитывая представленные выше данные, отражающие результаты исследований в области феноменологии, этиологии и патогенеза депрессий, сопряженных с соматической патологией, а также наши собственные наблюдения, можно констатировать следующее: а) решение данной проблемы требует тесного взаимодействия интернистов и психиатров; б) наиболее

целесообразный и экономически выгодный путь улучшения помощи больным с такой патологией заключается в расширении собственных терапевтических возможностей амбулаторного звена общемедицинской сети; в) помощь больным с депрессией при соматических заболеваниях не может ограничиваться лишь медикаментозным воздействием, она должна использовать также психологические, микро- и макросоциальные ресурсы. В конечном итоге улучшение системы оказания помощи больным с депрессивными расстройствами в первичном звене охраны здоровья должно привести к повышению квалификации врачей-интернистов, которые обязаны:

а) быть внимательными относительно депрессивных синдромов у определенных категорий населения и особенно у лиц пожилого возраста;

б) иметь навыки общения с пациентами, которые находятся в состоянии эмоционального дистресса, и использовать приемы внимательного слушания, эмпатии, вербальной и невербальной поддержки, ведения переговоров относительно курса управления состоянием пациентов и решения их проблем;

в) установить диагноз депрессии, назначить лечение или с осторожностью направить пациента на консультацию к специалисту-психиатру, избегая псевдопозитивной диагностики и обратного эффекта социальной стигматизации «психически больной»;

г) наблюдать за пациентами с диагностированной депрессией, которые получают лечение.

В целом в настоящее время наиболее перспективными представляются нижеследующие направления развития помощи больным с депрессиями в амбулаторной общесоматической практике:

1. Разработка программ обучения врачей-интернистов диагностике и комплексному лечению депрессивных расстройств. Обязательным компонентом таких программ должно стать постоянное информирование интернистов о новых лечебных подходах, а также организация системы супервизии со стороны квалифицированных специалистов-психиатров.

2. Реализация в условиях поликлиник системы психотерапии, преимущественно групповой. К наиболее целесообразным компонентам этой системы, по нашему мнению, следует отнести метод групп встреч (meeting groups), поскольку такой подход ориентирован не только на сугубо психотерапевтическую, но и на более широкую социальную поддержку. Программы включают

обучение лидеров подобных групп из числа квалифицированных психиатрических медицинских сестер и специалистов социальной ра-

боты, прошедших специальную подготовку в области медицины и работы с пациентами психиатрического профиля.

О.К. Напреенко, Н. Латчман

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ В АМБУЛАТОРНІЙ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Україна

На основі узагальнення даних літератури та результатів власного дослідження депресивних розладів у пацієнтів, що отримують лікування в умовах амбулаторної ланки загальномедичної служби, запропоновано перспективні напрями розвитку допомоги хворим на депресії в умовах територіальних поліклінік. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 46-49)

А.К. Napryeyenko, N. Lutchmun

DEPRESSIVE DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE

National medical university by him (it) O.O. Bogomolza, Ukraine

Basing upon referative results and upon individual data concerning depressive disorders in patient attending primary health care centres, useful orientative approaches in helping the depressive patient in primary care are proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 46-49)

Литература

1. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. Личность пациента и болезнь. – Томск: Красное Знамя, 1995. – 326 с.
2. Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология: наднозологическая патология и терапия психосоматических заболеваний и неврозов. – СПб: Сотис, 1999. – 319 с.
3. Гиндикин В. Я. Клиника и лечение соматогенных аффективных расстройств. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, вып 11. – С. 47-51.
4. Зозуля Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента больных позднего возраста, обслуживаемых кабинетом территориальной поликлиники // Журн. невропатол. и психиатр. – 1995. – N2. – С. 65 – 66.
5. Концепция соматизации: история и современное состояние / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гараня, Т.В. Довженко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – N4. – С. 81 – 97.
6. Напреенко О.К. Пограничные психические расстройства у больных с ортопедическими заболеваниями // Врачебное дело. – К.: Здоров'я. – 1991. – N2 (983). – С. 60 – 64.
7. Напреенко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция. – К.: Здоров'я, 1995. – 240 с.
8. Напреенко О.К. Депресія та тривога // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: Посібник для поліпшення якості роботи. СІНДІ. Україна / Під наук. ред. проф. І.П. Смірної. – К., 1999. – С. 135 – 142.
9. Напреенко О.К. Психосоматичні та соматопсихічні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 461 – 485.
10. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади // Український вісник психоневрології. – Харків, 1996. – Т. 4, вип. 5 (12). – С. 292 – 294.
11. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / Н.Р. Полев Н.Р, В.Н. Краснов, Л.А. Подрезова и др. // Вестник Российской академии мед. наук. – 1998. – N5. – С. 3 – 7.
12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М.: Мед. информ. агентство, 2001 – 256 с.

Поступила в редакцию 18.06.2002г.

*Л.Ф. Шестопалова***КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: когнитивные нарушения, рассеянный склероз

Проблемы ранней диагностики, адекватного лечения и реабилитации больных рассеянным склерозом (РС), несмотря на длительную историю исследования данной патологии, остаются актуальными для современной медицинской науки и практики. Многие клинические аспекты этого заболевания являются недостаточно изученными. В частности, к таким малоизученным вопросам относятся вопросы нарушений психики при РС. В определенной мере это может быть обусловлено тем обстоятельством, что больные в силу тяжести наблюдаемых неврологических расстройств оказываются в поле зрения неврологов, а имеющиеся нарушения психики остаются на периферии внимания [4, 7]. Вместе с тем, практически у каждого больного РС на той или иной стадии течения заболевания возникают различные психические расстройства, как психотического, так и непсихотического регистров, а также состояния слабоумия. Нарушения психики являются, с одной стороны, дополнительными и очень важными критериями диагностики РС, с другой - должны стать объектом внимания соответствующих специалистов с целью их лечения и коррекции. В свою очередь, наличие психических расстройств утяжеляет общее состояние больного, снижает качество жизни пациента и его семьи.

Исследования, посвященные изучению психических нарушений при РС, немногочисленны. В контексте анализируемой проблемы особое место занимает работа, выполненная М.В. Коркиной и соавт. [6]. Авторы выделяют 3 основные группы психопатологических синдромов, диагностируемых у больных РС: 1) неврозоподобные, 2) аффективные, 3) дементирующие. Подчеркивается полиморфизм наблюдаемых расстройств психики, в частности, в структуре указанных выше синдромов присутствуют и психогенные нарушения, вызванные реакцией больных на свое тяжелое заболевание [6]. Психогенные расстройства представлены в виде невротических, истерических и депрессивных реакций и особенно отчетливо выражены на ран-

них этапах РС. Неврозоподобные нарушения были представлены тремя вариантами синдромов: астеническим, истероформным и обсессивным. Аффективные расстройства проявлялись в виде: 1) депрессий; 2) эйфорий и 3) аффективной неустойчивости. Картина органического слабоумия при РС складывается из признаков интеллектуально-мнестических нарушений на фоне аффективных расстройств (в основном в виде эйфории). Подчеркивается, что деменции - это результирующие состояния динамического развития изменений психики при РС [6]. Авторы, обобщая полученные данные, делают вывод о том, что характер психических расстройств определяется особенностями течения РС, массивностью поражений головного мозга и локализацией очагов демиелинизации [6].

В значительно меньшей мере изучены патопсихологические и нейропсихологические аспекты РС. В исследовании Т.Г. Алексеевой, А.Н. Бойко, Е.И. Гусева показано, что уже на ранних стадиях РС имеются снижение кратковременной памяти и изменение скорости сенсомоторных реакций [1]. Степень выраженности когнитивных расстройств коррелирует со степенью атрофии головного мозга по данным МРТ и, в меньшей мере, с количеством очагов демиелинизации [1]. Отмечена также такая особенность данного контингента больных, как зависимость тяжести когнитивного дефицита от выраженности поражений мозжечка.

При изучении личностных особенностей больных РС выявлено наличие у этих групп пациентов высокой конституционально обусловленной личностной тревожности, что делает их повышено уязвимыми к стрессовым ситуациям, что, в свою очередь, может провоцировать обострения РС [3,5]. Из личностных черт больных отмечаются ипохондричность, тревожность, эмоциональная неустойчивость, ригидность, социальная зависимость [1,3,5].

Таким образом, анализ современного состояния проблемы психических нарушений при РС

свидетельствует о том, что многие актуальные клиничко-психопатологические и медико-психологические ее аспекты изучены не в полной мере. Нуждаются в специальном изучении закономерности формирования структуры и динамики психических расстройств в зависимости от клинической формы РС, типа его течения, ведущих неврологических нарушений. Необходимо также тщательно изучить и проанализировать закономерности регресса психических нарушений в состоянии ремиссии. Особое место имеет проблема формирования и динамики когнитивных нарушений у этих групп больных.

Материал и методы исследования

Было обследовано 20 больных РС в возрасте от 23 до 41 года, находящихся на лечении в Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ. Ремитирующая форма РС была диагностирована у 14 пациентов, вторично-прогредиентная — у 6. Длительность заболевания до года была у 2 пациентов, от 2 до 5 лет — у 9 пациентов, от 5 до 10 —

Проведение специального психодиагностического (пато- и нейропсихологического) обследования больных РС, описание патопсихологической структуры психических расстройств позволило бы существенно дополнить и расширить данные клиничко-психопатологического исследования, получить дополнительные диагностические критерии для раннего выявления РС. Такое исследование значимо и для адекватного решения вопросов реабилитации данных контингентов больных. Целью настоящей работы и явилось изучение изменения уровня когнитивной продуктивности больных РС.

у 7 пациентов, свыше 10 — у 2 пациентов.

Методы исследования: психодиагностический с использованием тестов: тест первичного скрининга деменций (MMSE), тест 10 слов, таблицы Шульте, тест Бентона, методика «Классификация». Процедуры проведения, исследования, обработки и описания данных стандартные [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Первый этап исследования состоял в оценке общей интеллектуальной продуктивности больных РС с помощью теста MMSE. Средний балл когнитивной продуктивности в группе составил $24,8 \pm 3,7$ баллов (при максимально возможном числе баллов 30), минимальная оценка, выявленная у обследованных, составила 14 баллов. Анализ полученных данных показал, что у 4 (20%) больных имелось интеллектуальное снижение в форме деменции, отчетливый когнитивный дефицит, не достигающий степени деменции, отмечался у 11 (55%) больных, интеллектуальная продуктивность в пределах границ нормы - у 5 (25%). Таким образом, спектр когнитивной продуктивности больных РС колеблется от состояний нормы до деменции, однако, чаще всего выявлялись когнитивные нарушения различной степени тяжести, не достигающие степени деменции.

Следующим этапом исследования явилось изучение состояния таких основных высших психических функций как мышление, память, внимание, рассматриваемых зачастую в качестве так называемых «предпосылок» интеллекта. Результаты изучения мыслительных функций представлены в табл. 1.

Проведенное исследование выявило достаточно широкий спектр нарушений и изменений мыслительных функций при РС. Как видно из

табл.1, наиболее часто отмечались такие расстройства как истощаемость ($2,4 \pm 1,0$ баллов), снижение уровня обобщений ($2,2 \pm 1,3$), импульсивность ($2,1 \pm 0,9$), нарушения критичности ($1,9 \pm 0,9$). Т.е., практически у всех больных РС имелись те или иные нарушения мышления, как очень легкие, субклинические (в форме колебаний уровня умственной работоспособности), так и выраженные.

Анализируя выявленные расстройства мышления и интеллекта можно сказать, что степень их тяжести была различной в разных клинических группах больных. Во-первых, степень снижения когнитивной продуктивности и спектр наблюдаемых нарушений в периоды обострения были более выраженными, чем в периоды ремиссий. В состоянии ремиссии некоторые нарушения подвергаются существенной обратной динамике. Так, по нашим наблюдениям, это касается, прежде всего, таких расстройств как истощаемость уровня умственной работоспособности, нарушения скоростных параметров, снижение уровня обобщения. В связи с этим, повышается и общая когнитивная продуктивность больного в состоянии ремиссии. Поэтому при оценке интеллектуального снижения больных РС следует учитывать определенную динамичность расстройств мышления у этих контингентов больных. С другой стороны, обнаружена

связь между выраженностью когнитивных расстройств и типом течения РС. У больных с неблагоприятным типом течения когнитивные нарушения носили более выраженный характер, чем у пациентов с благоприятными клиничес-

кими формами РС. Вместе с тем, наблюдаемые нарушения приобретали необратимый, устойчивый характер и достигали степени деменции в группах больных с неблагоприятным прогнозом на более ранних этапах заболевания.

Таблица 1

Характеристика нарушений мыслительных функций у больных РС

Нарушение мыслительных функций	Усредненные показатели нарушений (в баллах)*
Аспонтанность	1,2±0,9
Инактивность	0,9±0,7
Инертность	1,1±0,8
Нарушения селективности	1,5±1,0
Нарушения критичности	1,9±0,9
Снижение уровня обобщения	2,2±1,3
Истощаемость	2,4±1,0
Импульсивность	2,1±0,9
Скоростные характеристики	1,2±1,1

* Использовалась следующая система оценок выраженности нарушений: 0 баллов - нарушения отсутствуют, 1 - легкие нарушения, 2 - умеренные, 3 - тяжелые.

Изучение состояния функций произвольного внимания показало, что у больных происходит увеличение по сравнению с нормативными значениями времени, необходимого на выполнение задания по таблицам Шульце (1 табл. — 57,4 сек., 2 табл. — 57,8 сек., 3 табл. — 60,2 сек., 4 табл. - 68,1 сек., 5 табл. — 70,8 сек.). Объем произвольного внимания сужен у всех больных, однако степень сужения была разной: от легкой до тяжелой. У значительной части пациентов сужение объемов произвольного внимания сочетается с нарушениями процессов концентрации, распределения и переключения. У больных, находящихся в состоянии обострения, расстройства внимания носили более выраженный характер, чем у пациентов в состоянии ремиссии. Выраженность описанных расстройств внимания в определенной мере зависела и от типа течения заболевания, т.е. наблюдались те же самые тенденции, что и при формировании расстройств мышления.

Исследование функций произвольных форм вербальной и зрительной памяти показало, у обследованных больных имеются различные ее расстройства. Так, объемы непосредственного запоминания составили 4,5 слов из 10, отсроченного — 4,9 из 10, кривая запоминания в целом имела следующий вид 4,5; 5,2; 6,3; 7,5; 6,8. Эти показатели достоверно ниже нормативных, при этом обращает внимание то обстоятельство, что у больных страдают функции как краткосрочной памяти, так и долговременной.

Функции зрительной памяти больных РС также нарушались как в звене краткосрочного за-

поминания, так и долговременного, о чем свидетельствуют данные, полученные с помощью методики Бентона. Среднее количество ошибок, сделанных больными, равняется 3,5, из них «крупных» — 2, «мелких» - 1,5. При этом 9 и более ошибок в 10 заданиях сделали 15 % больных, 8-5 ошибок допустили 35%, 4-2 — 45 %, 2-1 — 5%. Эти результаты могут быть объяснены наличием у части больных РС нарушений пространственного гнозиса и, в целом, дефектов «пространственного» фактора, что влияло на продуктивность зрительного запоминания пациентов. В связи с тем, что воспроизведение результатов в тесте Бентона носит графический характер, следует учитывать и имеющиеся у больных нарушения произвольных форм двигательной активности, расстройства сенсомоторных координаций и др.

В целом же нарушения памяти у больных РС носили модально-неспецифический характер и проявлялись в основном в виде сужения объемов запоминания и нарушений его прочности. Другие мнестические расстройства (контаминации, дефекты селективности, повышенное влияние гомо- и гетерогенной интерференции и др.) также имели место у обследованных больных, однако они не доминировали в структуре мнестических расстройств.

Таким образом, проведенное исследование состояния когнитивных функций и уровня когнитивной продуктивности в целом у больных РС позволило выделить типичные закономерности их нарушений, связь выраженности когнитивных расстройств с такими характеристиками бо-

лезненного процесса как тип течения, клиническая активность на момент обследования, давность заболевания и др. В настоящее время данное исследование продолжается и оно направлено на изучение состояния всех высших пси-

хических функций больных, более глубокого соотнесения полученных результатов с клиническими особенностями РС, а также с характером наблюдаемых морфологических изменений мозга при МРТ-исследовании.

Выводы

1. У больных РС имеются различные по структуре и степени выраженности когнитивные нарушения. Уровень интеллектуальной продуктивности больных представлен следующими вариантами: 1) нормативные значения интеллекта; 2) когнитивное снижение разной степени тяжести, не достигающее степени деменции; 3) деменция.

2. Ведущими в структуре когнитивного дефицита являются нарушения мышления, памяти и внимания.

3. Доминирующими нарушениями мышления у больных РС являются истощаемость уровня умственной работоспособности, снижение

уровня обобщений, нарушения критичности.

4. Нарушения произвольного внимания представлены в форме сужения его объемов и недостаточности процессов концентрации, распределения и переключения.

5. Нарушения памяти при РС носят модально-неспецифический характер и проявляются в основном в виде сужения объемов кратковременной и долговременной памяти.

6. Имеет место определенная зависимость между тяжестью когнитивных расстройств и такими клиническими характеристиками РС как тип течения, клиническая форма и активность процесса на момент обследования.

Л.Ф. Шестопалова

КОГНИТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В статті наведені результати вивчення порушень когнітивних функцій у хворих на розсіяний склероз. Рівень інтелектуальної продуктивності хворих представлений слідуючими варіантами: 1) нормативні значення інтелекту; 2) когнітивне зниження різного ступеня тяжкості, що не досягає ступеня деменції; 3) деменція. Має місце певна залежність між важкістю когнітивних порушень та такими клінічними характеристиками РС як тип перебігу, клінічна форма та активність процесу на момент обстеження. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 50-53)

L.F. Shestopalova

DISORDERS IN COGNITIVE SPHERE AT THE PATIENTS WITH DISSEMINATED SCLEROSIS

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine

The article has contained the results of researching of cognitive function's disorders at the patients with Disseminated Sclerosis. The level of intellectual efficiency of the patients is submitted by the following variants: 1) normative meanings of intellect; 2) Different degree of cognitive decreasing, which is not reaching a dementia; 3) dementia. Also it takes the place certain dependence between severity of cognitive disorders and such clinical characteristics Disseminated Sclerosis as a type of current status of illness, clinical form and activity of the process on the moment of researching. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 50-53)

Литература

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000, - №11. - С.15 - 20.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. - СПб.: Питер Ком, 1999. - 528 с.
3. Заславский Л.Г. О значении личностной тревожности в заболеваемости рассеянным склерозом // Рассеянный склероз: основы здоровья. - СПб: Лики России, 1999. - С11 - 14.
4. Зинченко А.П. Рассеянный склероз и энцефаломиелит. -

Л.: Медицина, 1979. -294 с.

5. Клейменов В.Н., Терехова Н.Г., Синюшин А.И. Особенности механизмов психической адаптации у больных рассеянным склерозом // Нейроиммунология, нейроинфекция, демиелинизация. - СПб: Лики России, 1997. - С.9 - 12.

6. Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психические нарушения при рассеянном склерозе. - М.: Изд - во УДН, - 1986.

7. Хондкарин О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. Рассеянный склероз. - М.: Медицина, 1987. - 256 с.

Поступила в редакцию 14.05.2002г.

УДК: 151:616.895.8

*В.Л. Луцук***ПСИХОСЕМАНТИКА ВЫБОРА ЦВЕТА У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: психосемантика, цветопредпочтение, параноидная форма шизофрении

О восприятии цвета, цветовых ассоциациях, цветовой семиотике и семантике в последние десятилетия пишется чрезвычайно много. Двусторонний характер сложных связей между цветом и психикой служит основанием для психодиагностического эксперимента, моделирующего тот или иной вариант цветового поведения человека. Наиболее чистым воплощением этой идеи, сфокусировавшим все ее преимущества и недостатки, является тест цветопредпочтения — «гениальная находка» Макса Люшера [11, стр. 217].

В медико-психологических и психиатрических работах последних лет широко используется и сам «Метод цветовых выборов», и его многочисленные модификации, и стимульный материал как таковой. Это обусловлено тем, что процедура теста Люшера предельно компактна, практически не вызывает отказных реакций, валидно работает, как подчеркивалось раньше, даже с цветоаномалиями, — и при этом дает «обширную, свободную от сознательного контроля испытуемого характеристику его эмоционального состояния» [6, стр. 5]. Сообщалось, что эта цветовая характеристика свободна также от влияния возрастных, интеллектуальных, социальных, этнических факторов. Немаловажным достоинством методики (а точнее, адаптированных отечественных руководств к ней) является и то, что результирующая информация четко сформулирована и легко вписывается в любой текст. Наконец, при выборе психодиагностического инструментария полезным представляется то, что тест Люшера, будучи типично проективной методикой, в то же время позволяет манипулировать численными данными — начиная от естественных «номер цвета Ч номер позиции» и заканчивая несложными «восклицательными коэффициентами» (уровень тревоги и неблагоприятных компенсаций), коэффициентом Шипоша и пр. Практически любая проективная техника аналогичной направленности, даже до-

пускающая формализацию результатов, в остальном неизбежно проигрывает цветовому тесту, по крайней мере, его лаконичной восьмицветной версии. Что касается полного или «клинического» варианта теста, то ему на определенном этапе приписывались просто уникальные возможности [7].

Однако, многие аргументы и традиционные преимущества цветового теста при анализе литературы оказываются недостаточно убедительными. Главное из того, что по-прежнему вызывает недоумение — это несоответствие простоты процедуры объему получаемой информации. «Король проективного царства», тест Роршаха (который, кстати, у нас и за рубежом также постоянно критикуется за недостаточную валидность и надежность [4]), диагностически раздражает, по крайней мере, несколько интрапсихических сфер: собственно зрительную перцепцию, смыслообразование, апперцепцию, речевые функции и пр. Всем известная психометрическая методика Векслера, при всем ее несовершенстве, состоит все-таки из одиннадцати субтестов различной модальности и обеспечивает хотя бы иллюзию «стереоскопического взгляда». В тесте же Люшера, от испытуемого не требуя даже комментариев, на последовательности предпочтения квадратиков разноцветной бумаги предлагается строить выводы, которые буквально ошеломляют своей «глубинностью». Но на самом деле «простота» процедуры и «глубина» методических интерпретаций обманчивы; истинно глубокий анализ ведет в дебри до сих пор не существующей мультифакторной теории цветопредпочтения [3].

Далее, при внимательном изучении литературы становится ясно, что не подтвердилась практически ни одна из «свобод» теста цветопредпочтения (имеется в виду свобода от влияния возрастных, интеллектуальных, социальных, этнических и пр. факторов — см., напр., Рабиа Г., 1998.). Этого, впрочем, следовало ожидать: никогда и не

отрицалось, что в акте цветопредпочтения задействованы, наряду с архетипической и индивидуально-значимой символиккой, факторы ситуационные, ситуативные, да просто случайные. Сообщалось, например, что на выбор цвета влияет освещенность комнаты, качество стимула, мода, органические нарушения цветового зрения при некоторых заболеваниях. Более того, оказывается невозможным определить даже приблизительное число факторов, влияющих на цветопредпочтение [3]. А уж сепарировать эти детерминанты и определить вес каждой из них — это практически нерешаемая задача, она сродни небрежному совету: «учитывать расщепление выбора на сознательное и бессознательное предпочтение» [6, стр.5].

Что, в таком случае, мы тестируем? И не слишком ли хорош, с точки зрения простого здравого смысла, этот тест, вот уже полвека так легко и с такой фантастической разрешающей способностью вскрывающий «глубинные» психические пласты?

В самом деле, то, что казалось логичным при чтении лучших образцов литературы, зачастую оказывается бесполезным в ситуации реального клинического обследования, когда, например, больные тоскливой депрессией и апродуктивной манией демонстрируют один и тот же «светофорный» выбор — красный, желтый и зеленый на первых позициях (что, кроме прочего, составляет идеальную «рабочую группу» и должно свидетельствовать о прекрасной работоспособности), причем депрессивный респондент честно признается, что ему «абсолютно все равно» и он выбирает цвета именно «как светофор, лишь бы что-то выбрать».

Разумеется, в обоих случаях причины выбора не исчерпываются пояснениями испытуемого и цветовой ряд что-то «сообщает» нам, но, опять же, можем ли мы с уверенностью сказать хотя бы то, что язык двух этих сообщений одинаков? Л.Н.Собчик дипломатически указывает, что главным недостатком методики является всего лишь «отсутствие количественной градации степени выраженности того или иного признака» [11, стр. 220]. Можно сказать и так. Хотя едва ли только количественной выраженностью различаются приведенные выше примеры, которые легко продолжить наблюдениями самой Л.Н.Собчик: предпочтение 342 в разных случаях может означать и «эмоциональный паттерн гармоничной личности стенического круга», и «защитную гиперкомпенсацию», и «олигофренический тип реагирования», и «постпроцессу-

альный дефект уплощенной личности в результате шизофрении» [12, стр.23].

Следует, разумеется, учитывать предполагаемый диагноз и психический статус пациента. В том-то все и дело. Одной из главных задач клинического психолога остается дифференциальная и экспертная диагностика, а в этом смысле тест Люшера собственной валидностью, по видимому, не обладает и может рассматриваться только как вспомогательный инструмент. Иными словами, для того, чтобы проводить цветовую диагностику невроза, надо сначала удостовериться в том, что это именно невроз.

Конечно, нет и не может быть патогномичного цветового спектра, который, подобно идентификационному коду, отличал бы норму от патологии или одно заболевание от другого. Однако в комплексе с сопутствующими реакциями цветопредпочтение все же достаточно информативно, по крайней мере, если речь идет о таком заболевании, как шизофрения. Известен ряд патологических особенностей реагирования на цвет, значимо отличающих больных шизофренией как от других нозологических групп, так и от популяции нормы. Б.А.Базымой было показано, что в основе этих нарушений при шизофрении лежит изменение психосемантики цвета. По его же данным, влияющими на цветовой выбор факторами оказались пол, давность и форма заболевания, психопатологический синдром, устойчивые эмоциональные особенности больных. Позднее был сделан вполне прогнозируемый вывод о том, что «практически все цвета для больных являются психосемантически амбивалентными» [2,3].

И снова возникают вопросы из числа «проклятых»: как же, в таком случае, проводить и интерпретировать «цветодиагностику» в клинике, прежде всего в клинике шизофрении? Каким образом, вообще, М.Люшеру удалось создать методику, «преимущественно ориентируясь на клинический материал» [6,11], и каков был в этом материале удельный вес шизофрении — ее абсолютно неформализуемой амбивалентностью и парадоксальностью?

Действительно, исследовать цветопредпочтение лиц, страдающих шизофренией — задача совершенно особая. В поисках бессознательных глубин или «устойчивых тенденций» здесь всегда велика вероятность диагностировать лишь мираж искомого на фоне пустоты. Специфика и в том, что такие испытуемые зачастую понимают и выполняют инструкцию, мягко говоря, своеобразно (даже после тщательного разъяснения

и коррекции), порой выбирая восемь цветов по восьми разным основаниям. Ведь не только в хрестоматийных структурно-логических пробах, но и в цветовом реагировании больных шизофренией проявляется их давно известная непоследовательность, разноплановость, склонность к выходу за рамки или нарушению инструкции, их тенденция к парадоксальным, экстраординарным, атактическим, вычурным, нелепо-бессмысленным, а подчас совершенно неожиданным по силе и выразительности реакциям. Резкое учащение патологических реакций, их непредсказуемое чередование с адекватными ответами сообщает усредненным групповым тенденциям подлинно стохастический, случайно-вероятностный характер. Тест Люшера в такой выборке становится методикой с «плавающей» или переменной релевантностью.

Если отталкиваться от традиционного представления о том, что цвет выступает как символ-посредник, переводчик психологического текста на другой язык, то в группе больных шизофренией происходит, видимо, следующее. Методики, подобные тесту Люшера или ЦТО, в каком-то проценте проб валидны, а в каком-то дают вместо «аутентичного перевода» перевод «омонимический», слишком зависящий от мимолетных личностных смыслов, которые вспыхивают спонтанно и случайно, чтобы тут же погаснуть и уступить место следующим. Цвет здесь не просто психосемантический «переводчик», а растерянный и несчастный переводчик-полиглот, который одно «слово из фразы» переводит на голландский язык, другое переводит на санскрит, третье — на флотский семафор, а четвертое слово, как «слепого» Паниковского, переводит через дорожку. Зачастую именно такая «перекодировка» подвергается статистической обработке, усреднению и анализу.

Для иллюстрации приведем лишь несколько реальных наблюдений.

Б-ной М. «Я выбрал синий — он мне отвратителен, потому что такого цвета были верхние, под самым потолком, маленькие окошки в переполненном и душном автобусе-ПАЗике, на котором я раньше ездил в деревню к родителям».

Б-ной П. «Этой картине подойдет коричневый цвет: видно же, что здесь какие-то фашистские мысли». Медсестры в ЦТО ассоциируются с фиолетовым, т.к. «они тактически могут быть жесткими, но стратегически это правильно».

Б-ная П. «Почему не нравится серый? А, да

я просто мышей боюсь, а к нам утром сегодня забежала одна».

Б-ная К. «Эта картина ассоциируется, конечно, с фиолетовым: я сразу подумала, что это обед, а обеда на наблюдательной ждут как бога».

Б-ная О. «Я знаю, что по тесту Люшера не люблю быть втянутой в чужие распри, поэтому надо отвергать черный». «...А мой собственный цвет — зеленый, потому что я сюда попала случайно, а вообще-то я веселая, просто вены себе вскрыла».

Б-ной М. [предпочтение 7 цвета]: «потому что из темноты внезапно появляются санитары и увозят тебя».

Б-ной К. [предпочтение 4 цвета]: «такая желтизна с пятнышками и немного с прямоугольниками». Медсестры ассоциируются с синим, т.к. «у них такие халатики».

Б-ная О. «...зеленый цвет, потому что врач-психиатр — самая популярная фигура в кино».

Б-ной Ф. Санитары ассоциируются с фиолетовым цветом, т.к. «это флаг Запорожской Сечи, откуда пошли их предки».

Необходимо отметить, что выше цитированы относительно сохранные больные; другим цветам они давали адекватные характеристики, которые иногда были сформулированы настолько емко и образно, что могли бы украсить любое руководство.

Но что здесь даст «усреднение» или факторизация? Способен ли тест Люшера диагностировать что-либо в этой выборке, кроме специфической сопутствующей (спонтанной или спровоцированной экспериментатором) речевой продукции, которая, собственно, самим тестом и не предусмотрена? Можно ли прогнозировать что-либо на основании такого рода реакций на цвет, или мы просто констатируем их достоверное учащение по сравнению с нормой? Действительно ли «глубинные» механизмы, эмоциональные состояния, общие психосемантические характеристики, устойчивые особенности, отношения и пр. — играют в реакциях на цвет более существенную роль, чем декларируемое вслух, и обеспечивают сходство цветовых предпочтений?

Эти вопросы отнюдь не являются риторическими. Прояснить их мог бы анализ цветопредпочтения в группе, высоко конкордантной по тем параметрам, которые, как было показано выше, влияют на выбор цвета у больных шизофренией. Естественно было бы предположить, что в такой группе и цветовые выборы должны обнаруживать высокое сходство.

Материал и методы исследования

Выборка, практически идеально соответствующая данной постановке вопроса, описана в работе Ю.Ю.Чайки [13]. Группу из 86 испытуемых составили лица одного (мужского) пола, пребывающие в возрасте $34,2 \pm 0,89$ лет и страдающие постшизофренической депрессией (F20.04), которая развилась после перенесенных обострений параноидной шизофрении. Наличие у всех больных депрессивного состояния было важным объединяющим признаком и подразумевало значительное и высокоспецифическое сходство эмоционального статуса. Нам были предоставлены данные о цветовых

выборах, полученных от респондентов по методу Люшера. Кроме того, нами была обследована группа из 36 страдающих параноидной шизофренией лиц обоего пола (20 мужчин и 16 женщин), с большим разбросом по возрасту, длительности заболевания, состоянию, количеству госпитализаций и другим демографическим и клиническим показателям.

При анализе материала мы использовали критерии Пирсона и Колмогорова-Смирнова, угловое преобразование j^* Фишера [5,10], а также метод расчета коэффициента множественной ранговой корреляции [9].

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе было выявлено, что достоверным ($p < 0,01$) является лишь предпочтение зеленого цвета и отвержение черного с серым. Остальные же цвета были стохастически «размазаны» по ранговым позициям, как электроны по своим орбитам. При этом традиционные цветовые символы активности, борьбы, надежды, перспектив, эмотивности, оригинальности, даже иррациональности (т.е. красный, желтый и фиолетовый) — не отвергались и не предпочитались, они оказались попросту не актуальны и с практически равной вероятностью могли занимать любую позицию в ряду цветопредпочтения.

Затем был вычислен коэффициент множественной ранговой корреляции, который иначе (и точнее) называется «коэффициентом конкордации» (W). Действительно, речь идет об оценке согласованности, однотипности ранжирования восьми цветов всей выборкой испытуемых в целом. Этот коэффициент изменяется в пределах от нуля (при случайном распределении всех цветов) до единицы (когда все ряды одинаковы). Поскольку группа сходна именно по тем факторам, которые, как показано выше, влияют на цветопредпочтение больных шизофренией, ожидалось получить высокие значения коэффициента конкордации. Оказалось, что $W = 0,21$ ($p < 0,001$). При данных параметрах выборки достоверно значимым был бы и вдесятеро меньший коэффициент! Другими словами, выборка в самом деле высоко конкордантна по цветопредпочтению. Этот факт, однако, был бы неполным без следующих комментариев. По сравнению с указанной группой больных наша собственная выборка, гораздо более разнородная по составу, обнаружила не менее, а даже более высокую степень цветовой конкордации: $W = 0,28$.

Кроме того, есть данные о том, что и в разнородных выборках нормы «фоновая» согласованность ранжирования цветов находится на сопоставимом уровне (близком к 0,2), но при условии идентичности эмоциональных состояний возрастает порой до 0,65 [9].

На следующем этапе анализа цветопредпочтения в группе больных с постшизофренической депрессией [13] нами были математически выделены три достаточно большие подгруппы. Основанием группировки служила однотипность цветовых выборов.

В первой группе (23 человека) значение коэффициента W составило 0,801, т.е. множественно-корреляционная согласованность цветопредпочтения была исключительно высокой, а позиция каждого цвета в общегрупповом профиле — статистически неслучайной ($p < 0,01$):

3 4 5 2 1 6 0 7

Вторая группа (14 человек): коэффициент $W = 0,715$, характерное цветопредпочтение

5 2 1 6 4 0 3 7,

при этом наиболее достоверны ($p < 0,01$) позиции 5, 2, 6 и 7 цветов.

Третья группа (13 человек): коэффициент конкордации $W = 0,706$, усредненное цветопредпочтение

2 4 1 0 6 7 3 5,

где достоверны ($p < 0,01$) лишь первая и последняя позиции.

Попытка найти в каждой из подгрупп что-либо общее между больными, кроме сходного цветопредпочтения, не увенчалась успехом. На клинко-психопатологическом уровне выявленные нами подгруппы оказались дискордантными или случайными.

Важно отметить, что Ю.Ю.Чайкой в рассмат-

риваемой выборке были выделены и описаны шесть групп — по структуре депрессивного аффекта [13]. Мы подсчитали коэффициент конкордации цветопредпочтения для каждой из них. В некоторых он оказался выше, в других — ниже уровня достоверной статистической значимости, но в целом сложилось впечатление, что сходство доминирующего депрессивного аффекта лишь незначительно повышает значение коэффициента W над «фоновым» уровнем. Корреляционный анализ показал также отсутствие значимых связей между двумя вариантами группировки — по типу цветопредпочтения и по преобладанию какого-либо аффекта в структуре депрессии. Иначе говоря, однотипность цветопредпочтения у больных с постшизофренической депрессией не детерминируется стабильными эмоциональными факторами и едва ли является диагностически значимой.

Ниже приведены маркированные Ю.Ю.Чайкой основные аффективные радикалы постшизофренической депрессии [13], соответствующие им значения коэффициента конкордации и усредненные ряды цветопредпочтения:

1. Депрессивно-ипохондрический, $W=0,33$ ($p<0,01$),

5 2 3 1 4 6 0 7;

2. Дистимический $W=0,25$ ($p<0,05$),

5 2 3 1 4 0 6 7;

3. Тревожно-депрессивный $W=0,38$ ($p<0,01$),

2 4 1 5 3 6 0 7;

4. Депрессивно-дистимический $W=0,21$ ($p>0,05$),

2 4 5 6 0 3 1 7;

5. Астенический $W=0,48$ ($p<0,01$),

2 3 4 1 5 6 7 0;

6. Апатический $W=0,12$ ($p>0,05$),

3 2 1 4 5 6 7 0.

С нашей точки зрения, содержательная интерпретация этих рядов (особенно для таких типов, как «астенический» или «апатический») была бы крайне затруднительной и, скорее всего, артефактной.

В рассмотренной выборке, и тем более в ее выделенных по типу аффекта подгруппах предполагалось получить куда более согласованные результаты от методики, претендующей на валидность. Данная статья и должна была проиллюстрировать гипотезу о том, что представления о клинко-диагностических возможностях теста Люшера значительно завышены — по крайней мере, если речь идет о цветовой диагностике в клинике параноидной шизофрении. Есть основания предполагать, что для групповых исследований в таких выборках цветовой тест Люшера если и пригоден, то весьма ограниченно и со специальными оговорками. Его валидность здесь резко снижается или вообще девальвируется психосемантическим распадом, а «усредненные» или «групповые» профили цветопредпочтения могут оказаться пустой абстракцией. Очевидно, цветовой тест больше применим для индивидуальной диагностики, причем не желательно (как пишут в инструкциях), а только в контексте с другими техниками. И ценность его не столько в «проекции», сколько в «провокации», и не столько «бессознательной», сколько неконтролируемой или слабо контролируемой, но весьма информативной продукции: спонтанных комментариев, мимических, эмоциональных, ассоциативных реакций на цвет. В этом смысле психофизиологические цветные стимулы М.Люшера остаются, несмотря на все методические проблемы, верным инструментом патопсихологической диагностики.

В.Л. Луцук

ПСИХОСЕМАНТИКА ВИБОРУ КОЛЬОРА У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Стисло розглянуті порушення колірної психосемантики у осіб, що страждають на постшизофреничну депресію у межах епізодичної параноїдної шизофренії. На основі статистичного аналізу показано обмежену валидність тесту Люшера при дослідженнях в подібних вибірках. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 54-59)

**THE PSYCHOSEMANTICS OF COLOUR PREFERENCE AT THE PATIENTS WITH
PARANOIDAL FORM OF SCHIZOPHRENIA**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS

There was studied the breaches of colour psychosemantics at the patients with post-schizophrenical depressions in limits of epizodical paranoidal schizophrenia. Basing on statistical analysis, the limited validity of Luscher Farbwahl Test at researches at such selections was demonstrated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 54-59)

Литература

1. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений (метод. рекомендации). — Л.: Ленинградский научно-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева, 1985. — 18 с.
2. Базыма Б.А. Исследование отношения к цвету как метода в диагностике эмоциональных нарушений при шизофрении: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — Ленинград, 1991. — 21 с.
3. Базыма Б.А. Цвет и психика. Моногр./Харьк. гос. акад. культуры. — Х:ХДАК, 2001. — 172с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер Ком, 1999. — 528 с.
5. Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика: Учебное пособие. — М.: Высшая школа, 2001. — 479 с.
6. Джос В.В. Практическое руководство к тесту Люшера. — Кишинев: Периодика, 1990. — 174 с.
7. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест: практическое пособие. — Минск: Харвест, 1999. — 448 с.
8. Математическая энциклопедия. Гл. ред. И.М.Виноградов. — М., «Советская энциклопедия», 1984.—Т.5. — 1248 стб.
9. Петренко В.Ф. Основы психосемантики: Учебное пособие. — М.: Изд-во МГУ, 1997. — 400 с.
10. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. — СПб.: «Речь», 2001. — 350 с.
11. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. — М.: Институт прикладной психологии, 2001. — 512 с.
12. Собчик Л.Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера (метод. руководство). — Моск. кадровый центр при гл. упр. по труду и соц. вопр. МГИК. — М., 1990. — 87 с.
13. Чайка Ю.Ю. Структура, типологія та динаміка постшизофренічних депресій при приступоподібно-прогредієнтній параноїдній шизофренії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2000. — 20 с.
14. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — 158 с.

Поступила в редакцию 28.03.2002г.

УДК 616.891-082.4+616-036.12

*И.В. Жигулина***ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ГОСПИТАЛИЗМА У ХРОНИЧЕСКИ ИНВАЛИДИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ**

Донецкая областная психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Украина

Ключевые слова: госпитализм, хронически инвалидизированные пациенты, приспособительное поведение

В последние десятилетия во многих странах мира возрос интерес к целенаправленному изучению больных с хроническими психическими заболеваниями [1,2,3]. Актуальность этой проблемы обусловлена тенденцией к увеличению контингента пациентов с психиатрической инвалидностью, низкой эффективностью действующих медико-реабилитационных программ и необходимостью совершенствования психиатрической помощи, правовой и социальной защиты пациентов исходя из приоритетов прав и свобод человека.

Исторически сложившаяся централизация психиатрической помощи в крупных психиатрических больницах и отсутствие должного правового регулирования способствовали ее дегуманизации и появлению таких негативных феноменов как институционализм (госпитализм), неогоспитализм, дискриминация и стигматизация пациентов [4,5,6]. Распространенная тактика длительного пребывания хронически инвалидизированных пациентов в психиатрических стационарах, поглощая значительные материальные и финансовые ресурсы, по существу сводится к выполнению ограничительно-изоляционных функций и совершенно не предусматривает возможность социальной реинтеграции пациентов, защиты их гражданских прав и интересов. Значительная часть больных содержится в психиатрических стационарах не по медицинским показаниям, а по социальным причинам [7]. Продолжительные госпитализации формируют у этого контингента пациентов чувство отдаленности от остальной части общества и полной зависимости от медицинского персонала, лечения и больничного режима, что, в конечном счете, приводит к утрате мотивации возвращения к реальной жизни, способности противостоять давлению социальных требований.

Хронически инвалидизированные («долгосрочные») пациенты - это проблема многоаспектная. В отличие от острых психозов, хроничес-

кие психические заболевания затрагивают все сферы жизни пациента: семью, работу, жилищные условия, досуг, социальные связи и т.д. Обусловленное болезнью значительное ограничение психических и социальных возможностей нередко потенцируется длительным пребыванием больных в стационаре. В клинической практике это явление известно под названием «госпитализм».

Термин «госпитализм» («институционализм») в современной психиатрии означает [8] совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре. В результате продолжительной социальной депривации в условиях психиатрических стационаров, работающих по устаревшим принципам изоляции, надзирательства, одностороннего медикаментозного лечения, наступает не только утрата всевозможных жизненных, бытовых практических навыков, но и выраженная личностная дезадаптация, которая ведет к утрате «социальной роли» больного, растворению его в повседневных стереотипных реакциях в соответствии с однообразием его больничного окружения. В целом, госпитализм можно рассматривать как клиническую реальность, в значительной мере являющуюся следствием односторонней клинко-биологической идентификации больного в условиях институционализированной психиатрической помощи.

Выделяют три фактора дестимулирующего влияния условий больничной среды: полная утрата контактов с внешним миром, стереотипное бездействие, авторитарная тактика со стороны медицинского персонала [8, 10]. Результатом длительного пребывания больных в таких условиях является формирование патологических связей с окружающей средой, адаптация к ее условиям, утрата индивидуальных свойств личности, что, в конечном счете, ведет к утрате способности жить вне стен больницы. Положитель-

ной динамике хронических психических заболеваний препятствует также неогоспитализм, формирующийся при определении бессрочной инвалидности, особенно в молодом возрасте.

В литературе недостаточно освещена клиническая структура синдрома госпитализма, особенности его формирования в зависимости от условий больничной среды, социальной реабилитации и медикаментозной терапии. Не изучено влияние проявлений синдрома госпитализма

на течение и исход шизофрении в отдаленном периоде заболевания. Мало исследований посвящено разработке дифференцированных реабилитационных программ для больных шизофренией с выраженными проявлениями госпитализма после длительного стационарирования.

Целью настоящего исследования явилось углубленное изучение дефицитарных симптомов при шизофрении с точки зрения структурных особенностей, их тяжести и распространенности.

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки была отобрана группа из 90 больных параноидной шизофренией, находившихся на лечении в обще-психиатрических отделениях областной клинической психиатрической больницы г. Донецка. Среди обследованного контингента оказалось 45 мужчин и 45 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. По образовательному уровню больные распределились следующим образом: большинство пациентов (76 человек) имели среднее или среднее специальное образование, 9 человек — неполное среднее, 4 человека — высшее образование. Половина больных к моменту последнего стационарирования ни разу не состояла в браке, 40 человек были разведены и только 5 человек имели свои семьи. Явную наследственную психопатологическую отягощенность удалось проследить у 19 больных (22%), причем в этих случаях близкие или дальние родственники опрошенных страдали шизофренией и лечились у психиатров.

У 27 пациентов период начала заболевания

приходился на возраст до 20 лет, у 43 — на период 21-30 лет, у 20 — после 30 лет. 66% больных страдают психическим заболеванием более 5 лет. 52% пациентов (47 человека) госпитализировались в психиатрическую больницу свыше 10 раз, при этом средняя длительность одной госпитализации у них превышает 4 месяца. Все пациенты имели вторую группу инвалидности.

У 70% больных (63 человека) выявлен апато-абулический тип дефекта, у 16% (14 человек) — психопатоподобный, у 14% (13 человек) — параноидный.

Исследование проводилось с использованием русской версии клинической шкалы SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms). Оценивались следующие показатели:

1. Среднее значение выраженности симптома;
2. Общегрупповой показатель тяжести симптомов;
3. Общий суммарный показатель тяжести дефицитарных симптомов.

Результаты исследования и их обсуждение

Системно-структурный анализ средних значений дефицитарных расстройств (18 симптомов сгруппированных в 5 групп с оценкой их тяжести от 0 до 5 баллов) позволил установить ряд закономерностей. Прежде всего, следует отметить, что ведущее место в структуре дефицитарных расстройств и по частоте встречаемости (практически в 100% случаев), и по степени выраженности (от 4,01 до 4,44 баллов; общегрупповой показатель выраженности симптомов — 4,27 балла) занимает ангедония с почти полным отсутствием активности и способности получать удовольствие от жизни у подавляющего числа больных. Вторую позицию занимают симптомы, объединенные в шкалу «апатия-абулия» (общегрупповой показатель выраженности симптомов — 3,57 балла). Более чем у половины больных эти симптомы достигали крайних

степеней выраженности. Наименее глубокими (от 2,81 до 3,44 баллов) оказались нарушения по шкалам «эмоциональное уплощение», «алогия» и «внимание». У подавляющего большинства больных симптомы, относящиеся к этим шкалам, не достигали выраженной степени, из чего следует, что не когнитивные расстройства и аффективное поведение составляют основу дефицитарных состояний при шизофрении. Так называемый шизофренический дефект главным образом определяется ангедоническими и апатоабулическими расстройствами, среднее значение выраженности которых составило 3,92 балла (при общем суммарном показателе тяжести всех дефицитарных симптомов — 3,2 балла $p < 0,05$).

Различия общих суммарных показателей тяжести дефицитарных симптомов у мужчин (3,4

балла) и у женщин (3,1 балла) не носили характера статистической достоверности ($p > 0,05$). Однако по отдельным симптомам шкалы SANS получены достоверные отличия. Прежде всего, это относится к большей тяжести у мужчин всех симптомов по шкале «апатия-абулия» и общегрупповому показателю по шкале «ангедония». Из этого можно сделать вывод о парциальности различий тяжести дефицитарных расстройств у женщин и мужчин и о преобладании у последних большей глубины фундаментальных признаков шизофренического процесса.

Различной модальности проявления шизофренического дефицита принято квалифицировать как симптомы дефекта или регресса личности. Поэтому представилось целесообразным разделить весь контингент исследованных больных на три группы в зависимости от степени выраженности шизофренического дефекта:

- нерезко выраженная (до 50 баллов);
- умеренно выраженная (51 — 80 баллов);
- выраженная (81 — 115 баллов).

В ходе проведенного исследования выяснилось, что на степень выраженности дефекта не влияют ни наследственная отягощенность, ни семейное положение, ни возраст начала заболевания. В то же время установлена определенная зависимость глубины регресса личности от длительности и типа течения заболевания, а также от общей продолжительности пребывания в психиатрическом стационаре.

У большинства (78%) больных с длительностью заболевания до 5 лет наблюдался умеренно выраженный дефект, у 22% он был нерезко выраженным, тяжелых изменений личности не было. У больных с давностью заболевания от 6 до 10 лет и более наблюдались достоверно более глубокие уровни регресса личности (среди пациентов, страдающих психическим заболеванием от 6 до 10 лет, умеренно выраженная степень дефекта встречалась у 55% больных, выраженная — у 45%; у пациентов с длительностью заболевания свыше 10 лет эти показатели 67 и 33% соответственно).

Существенное влияние на глубину дефекта личности оказывает тип течения заболевания. Непрерывно прогрессивная динамика значительно чаще проявляется выраженными формами регресса личности. Этим подтверждается известный клинический факт о большей злокачественности непрерывной прогрессивности заболевания.

Установлена также четкая ($p < 0,01$) зависимость между глубиной дефекта личности и об-

щей продолжительностью госпитализаций в психиатрические стационары за весь период болезни больных. При длительности пребывания в стационаре свыше 3 лет практически у всех пациентов определяется достаточно выраженный распад психической и личностной сферы, прогрессирующий по мере увеличения сроков изоляции.

Проведенное исследование показало, что приступообразная динамика является основной разновидностью течения шизофрении. Даже непрерывная шизофрения в действительности протекала в форме приступов. Стабилизация процесса, обычно наступавшая после 3-4 приступа, как правило, не сопровождалась дальнейшим углублением дефицитарной симптоматики. О нарастании тяжести психического дефекта можно было думать лишь в контексте формирования и углубления симптомов патологической адаптации больных к десоциализующим условиям больничной среды при длительном содержании их в психиатрическом стационаре. Однако эволюция болезни даже у лиц с длительностью заболевания свыше 10 лет практически не достигала максимальной выраженности ни по одному из компонентов негативной структуры психоза. Это свидетельствует, с одной стороны, об отсутствии тотальной дезорганизации психики (т.н. конечные состояния) и ее динамизме у исследованных больных, с другой стороны ставит под сомнение абсолютизирующую роль эндогенных механизмов в формировании дефицитарных расстройств, регресса и социальной дезадаптации личности.

Полученные нами данные позволили подтвердить высказанное еще В. Simon и его сотрудниками положение о том, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением болезни, а представляют собой артефакты, вызванные нерациональной организацией больничной среды и ведения больного. В этой связи вопрос о фиксации больного в неадекватных социальных ролях превращается в один из аспектов функциональной характеристики больного [9].

Длительное пребывание в общепсихиатрических отделениях, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе, отсутствие каких-либо полномочий, активирующих мотивационно когнитивные процессы, оказывают не менее деструктивное влияние на личность пациентов, чем собственно психическая болезнь. Можно также предположить, что начальные (первичные) про-

явления регресса личности обусловлены собственно шизофреническим процессом, тогда как его дальнейшее углубление и генерализация связаны с продолжительной десоциализацией в условиях психиатрического стационара и отсутствием мероприятий направленных на социальную интеграцию больных.

Пациент, лишенный социальных связей, каких-либо полномочий, взаимоотношений с другими людьми, дохода, работы, жилья, различных форм поддержки, оказывается в ситуации, способствующей угасанию психического существа человека как субъекта социальных отношений, разрушению его жизненной программы. Такая патологическая адаптированность пациента к однообразным условиям психиатрического стационара при отсутствии мер социально реинтеграционного характера традиционно рассматривается с позиций госпитализма или институционализма.

В этой связи нами были разработаны диагностические критерии и типология госпитализма у исследованных больных шизофренией. Выделено 3 типа госпитализма:

1. Синдром депривационной десоциализации.
2. Синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента.
3. Синдром фармакогенного психо-социального регресса личности.

У 12 человек (14%) признаков госпитализма не выявлено. Более или менее выраженные проявления госпитализма установлены у 78 пациентов (86%). К общим признакам госпитализма отнесены:

- утрата социальных связей и контактов с окружающим миром;
- дезадаптивные формы приспособительного поведения, частичное или полное бездействие;
- потеря способности жить в обычной социальной среде;
- отсутствие в течение длительного времени активизирующей психосоциальной и психопедагогической стимуляции больных и мер по их социальной реинтеграции.

Синдром депривационной десоциализации (30 чел., 32,0%). Основной предпосылкой его формирования является длительная изоляция больных в общепсихиатрических отделениях и дестимулирующее влияние условий больничной среды. Распространенность этого варианта госпитализма прямопропорциональна продолжительности заболевания и общей длительности

стационарного лечения.

Чаще всего он проявляется в структуре аспонтанно-апатического дефекта личности и характеризуется полной утратой социальных, в т.ч. семейных и родственных связей, инициативы, побуждений к деятельности. Патологическая адаптация к условиям стационара проявлялась в выраженной ригидности психики и крайне упрощенном жизненном стереотипе больных. У них обнаруживалась полная несостоятельность в решении элементарных бытовых задач, во взаимоотношениях в обществе, нивелировались преморбидные особенности личности. Постепенно нарастала беспомощность в вопросах самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивность и безразличие к окружающей обстановке, эмоциональная опустошенность; утраченной оказывается вся предыстория жизни человека.

Синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента (43 чел., 48%) был обусловлен взятием медперсоналом всей ответственности за судьбу больного (авторитарная позиция) и полным лишением его самостоятельности, каких-либо полномочий, возможности самоопределения. Возникающая в этих условиях личностная инактивация пациентов является отражением не только процессуальной дефицитарной симптоматики, но и следствием систематической опеки и покровительства со стороны медперсонала.

Этот тип госпитализма проявляется в структуре аутистически-безучастного типа дефекта личности. Он характеризуется моральной ангедонией, потерей интереса к практической деятельности, отвержением или боязнью усилий, отсутствием моторной активации, оцепенением, ленью, аффективным безучастием. Достаточно быстро формируется симптомокомплекс утраты аффективного интереса: отсутствие инициативы и любознательности, беспечность, однообразная монотонность поступков, «закопченность» эмоций. Аффективная тональность больного складывается из инертности, безучастности и негативизма, что клинически составляет основания для разрыва витальных контактов и полной утраты интереса к семейной и сексуальной жизни.

Такой, наиболее распространенный вариант госпитализма (по типу «аутистически замкнутой системы личности») конечном счете способствует разрушению связей с окружающим миром, прекращению социальных отношений, разрушению архитектоники реальных межлических

связей в их аффективно-социальном выражении («не быть в мире»). Следует отметить, что именно этот вариант госпитализма лежит в основе распространенного мифа о тотальной измененности больных шизофренией как исключительного следствия разрушительных процессуальных механизмов самого заболевания.

Синдром фармакогенного психоэмоционального и социального регресса личности (5 чел., 6%). Отличительной особенностью этого типа госпитализма была его зависимость от длительного, клинически недифференцированного применения психотропных препаратов. Клинически у них преобладала астеническая и апато-абулическая симптоматика в виде вялости, истощаемости, замедленной моторики с общей скованностью, монотонного и ригидного аффекта, безинициативности, ассоциативной тугоподвижности, притупленности внимания. Социальное снижение проявлялось в бездеятельности, негативном отношении к включению в трудовые процессы и к выписке из больницы. Характерной особенностью явилось то, что при коррекции медикаментозной терапии и снижении дозы психотропных препаратов уменьшилась глубина дефицитарных проявлений: больные становились живыми и подвижными, у них уменьшились явления общей скованности, возрастал интерес к окружающей обстановке и собственной судьбе.

Госпитализм в совокупности с признаками процессуального регресса личности в определенной мере преломлялся в различных типах приспособительного поведения, которое рассматривалось как преобразованный болезнью способ взаимодействия больного с окружающей (общепсихиатрическое отделение) действительностью. У четырех пациентов (4%) выявлен конструктивный тип приспособленного поведения, характеризовавшийся преимущественно социоцентрической направленностью, реалистическим отношением к окружающей среде и своим возможностям, стремлением к удержанию и развитию достигнутых социальных позиций. Деадаптивные формы приспособительного поведения в зависимости от его модальности были сгруппированы следующим образом:

1. Регрессивное приспособительное поведение (47 человека, 52%) отличалось аутистической направленностью, интроверсией, высокой степенью отрицания реальности, индифферентным отношением к окружающему, зависимой жизненной позицией и низким уровнем собственной продуктивной активности, негативистическим поведением.

2. Дезорганизованное приспособительное поведение (18 человек, 20%) характеризуется утратой мотивосообразности, целевой ориентации, ситуативной детерминированности, беспорядочностью и стереотипностью поступков.

3. Амбигенное приспособительное поведение (21 человек, 24%) проявляется психомоторными нарушениями в виде амбигенной нерешительности, кататоноподобных проявлений в мимике, жестах, позах и поступках, моторной импульсивности, противоречивыми инстинктивными порывами, сочетанием пассивной сопротивляемости с нелепой подчиняемостью, парадоксальными и алогичными действиями, причудливой манерностью.

Анализируя особенности госпитализма у больных шизофренией, следует отметить определенную условность представленной типологии, т.к. во многих случаях наблюдалось сочетание клинических проявлений и механизмов формирования, характерных для различных его вариантов. Об этом свидетельствует и отсутствие принципиальных различий показателей тяжести дефицитарной симптоматики при различных типах госпитализма. Можно отметить только тенденцию к большей выраженности дефекта личности (общая оценка по всем шкалам) при патерналистическом типе госпитализма.

По-видимому, госпитализм, как проявление неблагоприятного влияния больничной среды и длительной изоляции, чаще всего имеет многофакторную обусловленность, что необходимо учитывать при разработке индивидуальных реабилитационных программ.

Проведенное исследование показало, что клинические и социально-психологические проявления госпитализма по своей структуре были неоднородны и определялись, во-первых, недостаточностью реабилитационной тактики, во-вторых, определенным образом были связаны с преобладающей психопатологической симптоматикой; в третьих, являлись прямым следствием неадекватной медикаментозной терапии.

Следует отметить, что структура синдрома госпитализма складывается не только из явлений жизненной дезадаптации и личностных изменений самого больного. В результате длительного стационарирования существенно меняется отношение к больному его близких, обслуживающего персонала и даже врачей-психиатров, что, в свою очередь создает новые предпосылки для еще более выраженного социального снижения личности больного. Именно поэтому для преодоления последствий длительной изоляции в ста-

ционаре существенное значение имеет одновременное воздействие на больного «его личными усилиями и усилиями врача, а также с помощью семьи и общества» (т.н. реинтегративная терапия по J. Howells), «бифокальная» и трифокальная реабилитация.

Таким образом, представленные данные стандартизованного клинического исследования позволили объективизировать структуру и тяжесть дефицитарных расстройств у больных параноидной шизофренией, установить факторы, ока-

зывающие неблагоприятное влияние на выраженность симптомов и тяжесть психического и личностного дефекта. Показана негативная роль длительного пребывания больных в условиях психиатрического стационара, способствующего формированию у них различных форм госпитализма и дезадаптивного поведения. Это является аргументом в пользу более широкого использования альтернативных форм психиатрической помощи, снижающих вероятность неблагоприятных исходов при шизофрении.

I.V. Jigulina

ОСОБЛИВОСТІ ГОСПИТАЛИЗМА У ХРОНІЧНО ІНВАЛІДИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Донецька обласна психоневрологічна лікарня – медико-психологічний центр, Україна

Робота ґрунтується на результатах дослідження 100 хворих загальнопсихіатричного відділення, страждаючих на шизофренію. Надані характеристики типів госпіталізму. Описані види пристосованої поведінки. Вказана негативна роль довготривалого перебування в умовах психіатричної лікарні. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 60-65)

I.V. Jigulina

THE PECULIARITY OF GOSPITALISM OF THE PATIENTS WITH BY CHRONIC INVALIDITY DISEASES IN GENERALPSYCHIATRIC DEPARTMENT

Regional psychoneurologic hospital – medical-psychological center, Donetsk, Ukraine

The work is based on outcomes of an inspection of 100 patients in generalpsychiatric department. The types of gospitalism and adapt behaviour are describe. The negative role of the long stay in generalpsychiatric department is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 60-65)

Литература

1. Read J., Baker S. Not Just Sticks and Stones. A Survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems. London: MIND, 1996.
2. Carling P.J. Major mental illness, housing and supports: The promise of community integration. American Psychologist. 1990, 45 (8). – P.969-975.
3. Тэлботт Д.Э. Уроки относительно хронически психически больных, извлеченные, начиная с 1955 г. Шизофрения. Изучение спектра психозов. Под редакцией Р.Дж.Энсилла, С.Холлидея, Дж.Хигенботтэма. М., «Медицина», 2001. – С.15-36.
4. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. Донецк. – 2001. – 130 с.
5. Подкорытов В.С. Задачи и пути реорганизации психиатрической помощи в Украине в современных условиях. Вісник асоціації психіатрів України. 2001, 1-2. – Стр.35-47.

6. Чуркин А. А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний. Руководство по социальной психиатрии. Под редакцией Т. Б. Дмитриевой. М. «Медицина». 2001.-с.296-314.
7. Литвиненко В.И. Патернализм в психиатрии. Вісник Асоціації психіатрів України. 1998, 2.- С. 60-68.
8. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). 1983, Томск. – 136 с.
9. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Ленинград. 1975. – С.79-89.
10. Macpherson R., Jerrom B., Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia // The British Journal of Psychiatry. – 1996, Vol.168, 6. – P.718-722.

Поступила в редакцию 21.06.2002г.

Е.М. Денисов

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: качество жизни, социальное функционирование, шизофрения, психосоциальная реабилитация

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост интереса к вопросам качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) пациентов. Эти показатели становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи, и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы, и самое главное — включаться в процесс психосоциальной реабилитации [1].

В современных социально-экономических условиях больные, страдающие шизофренией, являются одними из первых жертв экономического кризиса. Такие пациенты отличаются низким уровнем качества жизни: они быстро теряют социальные связи, контакты с родственниками, навыки самообслуживания [2]. Все это обуславливает необходимость использования в социальной психиатрии новой семиотической категории — «уровень социального функционирования», который отражает степень ограничения или снижения уровня жизни больного по следующим категориям: снижение и утрата способности к трудовой деятельности, межличностным, семейным, родительским, сексуальным отношениям, организации проведения быта и досуга в повседневной жизни, нарушение контроля за своим поведением [3].

Описания различных аспектов социального статуса и уровня функционирования психически больных остаются единичными [4,5]. При этом мало внимания уделяется самооценке боль-

ного. В то же время психиатрическая помощь должна строиться на партнерских отношениях с пациентами, с учетом его мнений и суждений, т.е. показателей качества жизни.

Общепринятое определение понятия КЖ отсутствует. В наиболее общем виде оно рассматривается как «восприятие человеком своей жизни», как «удовлетворение своих потребностей и оптимальное функционирование в сообществе» [6]. Эксперты ВОЗ определяют КЖ как «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, наличие удовлетворительной работы, материального положения, образование, социальный успех, независимость и возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» [7].

Большинство проведенных исследований КЖ основано на «самоотчетах» пациентов или субъективной оценке [8,9]. Одним из способов повышения достоверности полученных результатов является сопоставление субъективной оценки КЖ больных с объективными данными, отражающими реальные жизненные обстоятельства, которые можно определить при изучении СФ пациентов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-социального статуса, уровня социального функционирования и степени удовлетворенности качеством жизни женщин, страдающих шизофренией в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие женщины, страдающие шизофренией, поступившие на стационарное лечение в Центр ранней диагностики и интенсивной терапии ОКПБ г. Донецка. Выборка носила случайный характер: в исследование включались пациентки по мере их поступления. Больные были разделены на три

группы: I-ю группу составили лица с длительностью болезни до 2-х лет, II-ю группу — с длительностью от 3-х до 15 лет, III-ю группу — более 15 лет. Обследование проводилось с помощью специально составленной карты, заполняемой врачом-психиатром и включающей структурированное интервью. Карта включала неко-

торые социальные характеристики, разделенные на ряд блоков (возраст начала болезни, образование, инвалидность, семейное положение, место проживания, профессиональная деятельность, межличностные и социальные контакты и т.д.). Кроме этого карта содержала ряд клинических характеристик (длительность болезни, количество госпитализаций за 5-ти летний период, психопатологический синдром, тип течения болезни, диагноз по МКБ-10). Субъективная оценка КЖ изучалась при помощи опросника КЖ-100 ВОЗ (WHOQOL-100, Geneva, 1995), включающего в себя физическое и психологическое состояние, социальные отношения, взаимодействие с окружающей средой. Этот опросник пациентки заполняли самостоятельно. Для исследования объективной оценки жизнедеятельности и функционирования

Результаты исследования и их обсуждение

Всего исследовано 110 женщин. В I-ю группу вошли 32 пациентки с длительностью болезни до 2-х лет. Распределение исследуемых по возрасту было следующим: до 30 лет — 21 чел. (65,6%), от 31 до 60 лет — 11 чел. (34,4%). Средний возраст в этой группе — $27,3 \pm 1,2$ лет. Среднее число госпитализаций за 5-ти летний период — $2,06 \pm 0,3$ раз. Впервые госпитализированные в отделение — 12 чел. (37,5%). Образовательный уровень группы был достаточно высоким: 11 чел. (34,3%) имели среднее и средне-специальное образование, еще 3 пациенток (9,37%) продолжали обучаться в школе; 18 чел. (56,25%) — высшее и неполное высшее, из них 5 чел. (27,7%) продолжают обучаться в высших учебных заведениях.

Трудовой стаж у 68% был относительно не продолжителен и составлял менее 5-ти лет. 10 пациенток (31,25%) имеют II группу инвалидности, 4 (12,5%) — III группу и 18 (56,25%) находятся на стадии ее оформления. Среди лиц до 60 лет работало 14 женщин (43,25%), 8 (25,5%) продолжали обучаться в учебных заведениях и только 10 (31,25%) не заняты общественно полезной деятельностью. Несмотря на высокий образовательный уровень, 9 пациенток (28,1%) выполняют неквалифицированную работу. При этом 25% больных изменили специальность, в то время как 75% работали по специальности ($p < 0,001$) и их профессиональный уровень соответствовал полученному образованию. Большинство пациенток работали на государственных предприятиях (60%, $p < 0,5$). 19 человек (59,6%) в течение последних 5-ти лет поменяли

больных использовали шкалу уровня социального функционирования [10]. Шкала состояла из отдельных сфер: профессиональной, межличностных, родственных и родительских отношений, сексуальных отношений, организации быта и проведения досуга в повседневной жизни. Результаты оценивались следующим образом: до 2-х баллов — незначительное снижение функционирования; от 2 до 3 — умеренная дезадаптация; от 3 до 4 — выраженная дезадаптация. Для объективизации характеристик функционирования использовали данные полученные от родственников и близких. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium-II с использованием стандартных статистических программ (корреляция Спирмана и Фишера).

место работы, у 8 (25%) — 1 смена и у 5 (15,6%) отмечена смена работы более 2-х раз. Причиной смены работы в 72% послужило наличие патологической симптоматики, в 18% — материальные трудности и только в 10% — производственные реорганизации.

Изучение места проживания и социальных контактов больных, показало, что 16 женщин (50%) проживали в супружеских семьях, 11 (34,3%) — в родительских семьях, самостоятельно с детьми — 3 (9,37%), еще 2 (6,24%) — самостоятельно. Из этого следовало, что 15,6% женщин имели чрезвычайно узкий круг общения и ограничивались лишь ближайшим окружением, лицами, с которыми больные общались не по своей инициативе. 16 (50%) пациенток состояли в браке, 10 (31,25%) — никогда не состояли в браке, 5 (15,6%) находятся в разводе и 1 пациентка стала вдовой.

Клиническая картина в 43,75% случаев была представлена галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, в т.ч. в 25% синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, у 37,5% отмечен аффективно-бредовый синдром, (у 25% депрессивно-параноидный и у 12,5% — маниакально-параноидный), у 6,25% — апато-булический, кататонический синдромы и у 2 пациенток — гебефренический и паранойяльный синдромы. В 34,3% случаев диагностировалась параноидная шизофрения с эпизодически нарастающим дефектом, у 9,3% — с непрерывным течением, в 31,25% отмечались острые психотические расстройства с симптомами шизофрении и шизофреноподобные психотические рас-

стройства, в 18,75% — шизоаффективные расстройства, в т.ч. в 12,5% определялся маниакальный тип, в 6,25% — депрессивный тип, в 3,31% случаев диагностировались кататоническая, гебефреническая шизофрения и бредовое расстройство.

Во II группу вошли 40 пациенток с длительностью заболевания от 3-х до 15 лет. Распределение по возрастным категориям было следующим: до 30 лет — 13 чел. (32,5%), от 31 до 60 лет — 25 чел. (62,5%) и старше 60 лет — 2 чел. (5%). Средний возраст — $38 \pm 2,2$ лет. Среднее число госпитализаций за 5-ти летний период — $3,9 \pm 1,5$ раз ($p < 0,02$). По образовательному уровню: 22 пациентки (55%) имели среднее и средне-специальное образование, из них 2 (5%) не закончили последний класс общеобразовательной школы, 45% имели высшее и неполное высшее образование, 2 (5%) продолжали обучаться в учебных заведениях. Трудовой стаж был относительно продолжителен, в 50% случаев он превышал 10 лет ($p < 0,01$). 75% пациенток имели II группу инвалидности, 5% — I и III группу, и 15% находились на стадии оформления группы инвалидности. 8 чел. (20%) продолжают работать ($p > 0,05$), из них 6 чел. (15%) заняты физическим неквалифицированным трудом (уборщица, почтальон и т.д.), продолжают обучаться в учебных заведениях 2 чел. (5%) и основная масса женщин не заняты общественно полезной деятельностью. 67,5% пациенток изменили специальность ($p < 0,001$) в течении болезни, из них 45,5% более двух раз за 5-ти летний период. Причиной смены места работы в 85% случаев послужило наличие патологических симптомов и обострение заболевания, в 10% — материальные трудности и в 5% — производственные реорганизации. Полученные данные свидетельствуют о неустойчивом типе трудовой адаптации.

Изучение социальных контактов и коммуникативных способностей показало значительное снижение по сравнению с I группой. Круг общения был узок и ограничивался лишь ближайшим окружением (50%, $p < 0,05$), у 20% имелся широкий круг, 30% — умеренный. Проживали в супружеских семьях лишь 17,5% пациенток, 32,5% — в семьях родителей и родственников, 25% — проживали с детьми, 25% — самостоятельно. Только 17,5% женщин находились в браке, 55% — в разводе и 27,5% никогда не состояли в браке.

Клиническая картина была представлена в основном галлюцинаторно-параноидным синдромом (47,5%), в т.ч. синдромом психического ав-

томатизма Кандинского-Клерамбо (12,5%), у 25% наблюдался аффективно-бредовый синдром с депрессивно-параноидной (15%) и маниакально-параноидной (10%) симптоматикой. В 20% случаев отмечен апато-абулический синдром, и у 3 больных кататонический, парафренный и паранойяльный синдромы. В 50% случаев диагностировалась параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (85%) и эпизодическим с нарастающим дефектом (15%), в 17,5% — резидуальная шизофрения, в 25% — шизоаффективное расстройство, в 5% — простая шизофрения и в 2,5% — кататоническая шизофрения.

В III группу вошло 38 женщин с длительностью болезни более 15 лет. Возраст обследованных был следующим: до 30 лет — 1 чел. (2,63%), от 31 до 60 лет — 34 чел. (89,4%), старше 60 лет — 3 чел. (7,9%). Средний возраст — $49,7 \pm 2,3$ лет. Среднее число госпитализаций за 5-ти летний период — $6,5 \pm 0,6$ раз. Образовательный уровень: 30 пациенток (78,9%) имели среднее и средне специальное образование; 8 (21,1%) — высшее и неполное высшее. 89,5% женщин имеют II группу инвалидности, 7,87% — I группу, 2,63% — III группу. 92,1% больных не работают и только 3 пациентки (7,89%) выполняют неквалифицированную работу. При этом следует отметить, что 84% женщин за период болезни сменили свою профессию, из них 60,4% более двух раз за 5-ти летний период. Основной причиной смены профессии в 92% случаев послужило наличие патологической симптоматики. Полученные данные свидетельствуют о нестабильном и крайне неустойчивом типе трудовой адаптации.

Круг общения был очень узок у 76,2% опрошенных, в 13,3% — общение было ограниченным и носило формальный характер и только у 10,5% определялся как относительно нормальный. Проживали в супружеских семьях 10,5% пациенток, 20,1% в семьях родителей и родственников, 15,8% с детьми и 52,6% самостоятельно. 10,5% женщин состоят в браке, 68,4% находятся в разводе и 21,05% вообще никогда не состояли в браке.

Клиническая картина представлена в 55,2% апато-абулическим, в 13,1% — галлюцинаторно-параноидным, в 7,9% — аффективно-параноидным, в 7,9% — паранойяльным и психопатоподобным, в 5,3% — парафренным, в 2,6% — гебефреническим синдромами. В 42,1% диагностировалась параноидная шизофрения с непрерывным типом течения, в 26,3% определялась резидуальная шизофрения, в 13,1% — недифференцированная, 10,5% — простая, в 2,6% —

гебефреническая шизофрения и в 5,26% случаев отмечалось шизоаффективное расстройство. Анализ основных показателей КЖ, выявил

тенденцию к большей удовлетворенности своим положением у пациенток I группы, по сравнению с другими группами (Таб. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика неудовлетворенности качеством жизни женщин, страдающих шизофренией в зависимости от длительности болезни

Компоненты КЖ	Количество больных не удовлетворенных КЖ		
	I группа	II группа	III группа
	n=32	n=40	n=38
1. Материальное положение	24,3%	77,5% p<0,001	86,8% p<0,001 p*<0,02
2. Жилищно-бытовые условия	31,1%	70% p<0,002	86,8% p<0,001 p*<0,05
3. Питание	28,1%	55% p<0,005	86,8% p<0,001 p*<0,05
4. Одежда и обувь	15,6%	37% p<0,05	57,8% p<0,05 p<0,02
5. Отношения с другими людьми	9,37%	32,5% p<0,05	36,8% p<0,05 p*<0,01
6. Отношения с родственниками	6,25%	20% p<0,05	31,6% p<0,05 p*<0,01
7. Сексуальные взаимоотношения	15,6%	35% p<0,05	67,3% p<0,001 p*<0,05
8. Дневная активность	9,3%	32,5% p<0,05	84,6% p<0,001 p<0,05
9. Способность принимать решения	9,3%	35% p<0,002	65,7% p<0,005 p*<0,05
10. Проведение досуга	6,25%	25,5% p<0,05	52,2% p<0,001 p*<0,05
11. Внешний вид	6,25%	37,5% p<0,07	81,5% p<0,001 p<0,05
12. Сон и отдых	12,5%	25% p<0,05	55,5% p<0,05 p*<0,05
13. Восприятие новой информации	6,25%	25% p<0,05	45,5% p<0,05 p*<0,05

p — достоверность различий с I группой; p* — достоверность различий между группами больных.

Как видно из таблицы 1, наихудшими показателями являются компоненты качества жизни в группе больных, болеющих более 15 лет, особенно такие компоненты как удовлетворенность материальным положением, питанием, одеждой, внешним видом, работоспособностью. Крайне скудные средства к существованию установлены у 27,2% больных достаточно трудное материальное положение у 42,8%, у 10%-нищенское положение и около 20% женщин удовлетворены своим материальным положением. Примерно 50% больных крайне скудно и плохо питаются, 15% — практически голодают; у 45% опрошенных крайне скудный гардероб, donaшивают старые вещи, а 10% больных практически ходят в обносках. Досуг характеризуется достаточной бедностью и однообразием без какой-либо отчетливой тенденции к его изменению. В подавляющем большинстве (56,5%) преобладает пассивный просмотр телепередач; около половины опрошенных периодически читают худо-

жественную литературу, газеты, однако чтение не носит систематического характера. Посещение мест отдыха вне дома отмечается лишь у небольшого числа пациенток (12,5%) и характеризуется относительной редкостью и случайностью. Только 35% больных являются равноправными членами семьи и могут распоряжаться домашним бюджетом (по сравнению с I группой — 85%). 45% женщин занимают в семье подчиненное положение и в значительной степени зависят от принятия решений другими членами семьи. Около половины больных (45,5%), проживающих в семьях, отмечают формальные, без эмоциональной привязанности отношения с членами семьи, около трети женщин (31,6%), особенно в III группе, обратили внимание на конфликтные и неустойчивые отношения. Самооценка уровня взаимодействия с окружающими, также показывает значительно большую неудовлетворенность пациенток II и III группы, по сравнению с I группой.

Таблица 2

Уровень социального функционирования женщин, страдающих шизофренией

Сфера функционирования	I группа	II группа	III группа
1. Производственная	1,85±0,7	3,1±0,2 p<0,05	3,9±0,9 p<0,01 p*<0,02
2. Межличностных отношений	1,7±0,4	2,5±0,6 p<0,05	3,5±0,7 p<0,001 p*<0,05
3. Родительских отношений	1,8±1,1	2,8±0,3 p<0,05	3,7±0,2 p<0,001 p*<0,05
4. Родственных отношений	1,2±0,2	2,6±0,7 p<0,02	3,9±0,3 p<0,001 p*<0,05
5. Организация быта	1,5±0,8	3,1±0,2 p<0,001	3,5±0,6 p<0,001 p*<0,01
6. Проведение досуга	1,1±0,4	2,8±0,5 p<0,02	3,4±0,2 p<0,001 p*<0,05
7. Сексуальные отношения	1,5±0,7	3,0±0,6 p<0,001	3,8±0,4 p<0,001 p*<0,05
8. Работоспособность и активность	1,8±0,4	2,7±0,3 p<0,05	3,7±0,8 p<0,001 p*<0,05

p — достоверность различий с I группой; p* — достоверность различий между группами больных.

Уровень социального функционирования пациенток в зависимости от длительности болезни, отражающий степень адаптации к различным сферам жизнедеятельности, показан в Табл. 2.

Из таблицы видно, что в группе больных с длительностью болезни более 15 лет наблюдается наиболее выраженная дезадаптация практически во всех сферах жизнедеятельности, особенно в производственной сфере, в сексуальных взаимоотношениях, семейных и социальных отношениях.

Резюмируя полученные результаты можно сказать, что в основном исследуемый контингент представлен хронически инвалидизированными пациентами с частыми и длительными госпитализациями и нарастающей дефицитарной симптоматикой. Это заметно сказывалось на соци-

альном функционировании в производственной сфере, межличностных, семейных, родственных, родительских, сексуальных взаимоотношениях, организации свободного времени и досуга. При этом наблюдался чрезвычайно низкий уровень социальных контактов.

Наиболее частую субъективную неудовлетворенность больные с длительным течением болезни испытывали к материальному положению, обеспеченностью питанием, одеждой, работоспособности, психическому и сексуальному здоровью. Причем более дефектные пациентки давали более выраженную негативную оценку компонентам качества жизни.

Эти данные необходимо использовать при планировании психосоциальной реабилитации больным с хронической динамикой психических расстройств.

Є. М. Денисов

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ, У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ХВОРОБИ

Донецький державний медичний університет, Україна

Обстежені 110 жінок, які страждають на шизофренію, показаний ступінь незадоволеності основними компонентами якості життя та соціального функціонування, що залежить від тривалості захворювання. Виявлені особливості дозволяють розробити комплекс заходів психосоціальної реабілітації. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 66-71)

E. M. Denisov

SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF THE WOMEN WITH SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON DURATION OF ILLNESS

Donetsk State Medical University, Ukraine

There were studied performed on random sample of 110 hospitalized women with schizophrenia. The discovery of the most women which unsatisfied some special feature of quality of life and reduction levels of the social functioning. It is necessary allocate of group measures of the directions in the psychosocial rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 66-71)

Литература

1. Гурович И.Я, Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных// Социальная и клиническая психиатрия – 1998.Т.8.,№2.-С.35-40.
2. Чуприков А.П., Дзюб Г.К., Юдин Ю.Б.// Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции – Киев, Харьков, Днепротетровск, 1994.- Т.1. – С.13-17.
3. Пхиденко С.В. Классификация уровня социального функционирования у больных параноидной шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия – 1993.Т 2.,№2.- С. 44-49.
4. Лонгвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. - Томск,1995.-212 с.
5. Семке А.В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении. Автореф. дисс. ...докт.

мед. наук.- Томск, 1995.-50 с.

6. Франкл В. Человек в поисках смысла.- М., 1990.- 150с.
7. WHOQOL: Study protocol. Division of mental health.- Geneva, 1993.p.250.
8. Bengtson- Tops. A., Hansson. L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community // European Psychiatry.- 1999. V.14, p.256-263.
9. Franz. M., Meyer. T., Spitznagel. A Responsiveness of subjective quality of life assessment in schizophrenic patients: a quasi-experimental pilot study // European Psychiatry.- 2001.- vol.16, p.99-103.
10. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- СПб., 1999. С.23.

Поступила в редакцию 21.03.2002г.

УДК 616.895.8 – 082.4 (083.41)

*Ю.В.Никифоров***КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ С УСИЛЕННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: психические расстройства, шизофрения, социально-демографические факторы, принудительное лечение.

Среди мер предупреждения общественно опасных действий (ООД), совершаемых больными с психическими расстройствами, ведущее место занимает принудительное лечение [1,2,5]. Изучению различных аспектов принудительного лечения специалистами уделялось много внимания [3,4]. Однако до настоящего времени нет ясности в вопросах оптимальной длительности принудительного лечения, отсутствуют надежные данные о предикторах повторных ООД, в т.ч. о роли социально-демографических факторов в формировании «криминогенного опыта» пациен-

тов. Совершенно отсутствуют рекомендации и научно обоснованные нормативные материалы, регламентирующие дифференциацию лечебно-реабилитационной тактики в зависимости от типа принудительного лечения (общее, усиленное, строгое наблюдение). Цель настоящего исследования — провести клинико-статистическую и социально-демографическую оценку больных с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении с усиленным режимом и выявить факторы, которые можно использовать для профилактики повторных ООД.

Материал и методы исследования

В исследуемую группу были включены больные с различными психическими расстройствами, находившиеся на принудительном лечении с усиленным наблюдением в специализированном отделении Ждановской областной психиатрической больницы Донецкой области в период с 1990 по 2000 гг. Всего за это время на принудительном лечении находилось и было выписано 388 пациентов. Исследование проводилось с

помощью специально разработанной карты, включавшей комплекс социально-демографических и клинико-статистических данных. Особое внимание было уделено сравнительной оценке больных, совершивших первичные и повторные ООД, и анализу факторов, влияющих на длительность принудительного лечения. Статистическая обработка полученных данных была стандартной.

Полученные результаты и их обсуждение

Удельный вес больных, поступивших в отделения сразу же после вынесения судом приговора, составил всего 32,8%, в то время как количество пациентов, переведенных из других психиатрических больниц после различных сроков принудительного лечения, было значительно большим — 67,2% ($p < 0,01$), в т.ч. из Украинской психиатрической больницы со строгим наблюдением — 47,2%. В течение всего анализируемого периода в отделении одновременно наблюдались пациенты с различной активностью патологического процесса, с различными сроками после совершенного ООД и длительностью предшествующей изоляции, а, следовательно, с различным уровнем реальной и потенциальной

социальной опасности. Это вносит в работу медперсонала необходимость индивидуализации и четкого дозирования при использовании медикаментозных и социо-реабилитационных мероприятий, направленных на снижение вероятности повторных ООД.

Когорта из 388 пациентов, находившихся на принудительном лечении, была представлена мужчинами, которые по возрасту распределились следующим образом: до 20 лет — 20 человек (5,1%), 21-30 лет — 90 человек (23,2%), 31-40 лет — 147 (37,9%), 41-50 лет — 86 (22,2%), 51-60 лет — 31 (8,0%), старше 60 лет — 14 человек (3,6%). Таким образом, наиболее уязвимым возрастом с точки зрения совершения пси-

хически большим общественно-опасного действия и признания его невменяемым является период 31-40 лет. Наиболее тяжкие преступления (умышленное убийство, убийство при отягчающих обстоятельствах, умышленное тяжкое телесное повреждение) совершали больные в возрасте от 30 до 50 лет. В возрасте старше 50 лет вероятность принудительного лечения резко сокращается, что можно рассматривать с позиции меньшей социальной опасности пациентов в предстарческом и пожилом возрасте.

По характеру общественно опасных действий больные распределились следующим образом: совершили умышленное убийство или убийство при отягчающих обстоятельствах — 20,1% больных; умышленное тяжкое телесное повреждение — 16,6%; разбой, хулиганство, незаконное ношение, хранение, приобретение, изготовление и сбыт оружия, боевых и взрывчатых веществ — 18,5%; изнасилование, удовлетворение половой страсти в извращенной форме — 4,6%; хищение государственного и коллективного имущества — 10,7%; кражи — 25,4%; изготовление, приобретение, хранение или сбыт ядовитых и сильнодействующих веществ — 4,1%. Таким образом, 41,3% больных шизофренией совершили общественно опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности, 18,5% — хулиганские действия, 36,1% — имущественные правонарушения и 4,1% — прочие ООД. Частота правонарушений на 10000 больных с психическими расстройствами составила 7,1.

Из всей когорты анализируемых больных, 217 человек (56,0%) находились на принудительном лечении повторно в связи с рецидивами ООД. Структура повторных деликтов чаще всего характеризовалась кражами (30,2%), а также хулиганством, разбоем, незаконным ношением, хранением, приобретением и сбытом оружия (21,7%). Остальные группы больных распределились следующим образом: совершили умышленное тяжкое телесное повреждение — 17,1%; хищения государственного и коллективного имущества — 12,6%; умышленное убийство, убийство при отягчающих обстоятельствах — 8,1%; изнасилование и удовлетворение половой страсти в извращенной форме — 5,4%; изготовление, приобретение, хранение или сбыт ядовитых и сильнодействующих веществ — 4,9%.

Таким образом, удельный вес, содержание и направленность повторных ООД практически совпали с первичными ООД. Можно предположить, что криминальный опыт, приобретенный во время впервые совершенного правонаруше-

ния, стереотипизирует характер последующих ООД, что следует учитывать при разработке индивидуальных реабилитационных программ и мероприятий, направленных на профилактику повторных ООД.

Исследованная группа пациентов в целом отличалась невысоким общеобразовательным уровнем и уровнем специальной профессиональной подготовки. Так, среди них практически отсутствовали лица, имеющие высшее образование (1 человек — 0,2%), а количество больных со средним специальным образованием не превышало 38,1% (148 человек). В то же время не имело квалифицированной специальности 239 пациентов (61,7%), в т.ч. 179 человек (46,1%) не имели законченного среднего образования. Следовательно, низкий общеобразовательный и профессиональный уровень можно рассматривать как один из предикторов социальной опасности психически больных, а высокий уровень профессиональной квалификации практически исключает вероятность совершения ООД этим контингентом пациентов.

В качестве еще одного фактора риска ООД, установленного в ходе настоящего исследования, можно отметить фактор отсутствия у пациентов собственной семьи: 83,5% больных были холостыми, 1,8% — вдовцами и только 14,7% были женатыми ($p < 0,001$). Жилищные условия были удовлетворительными у 364 человек (93,8%), проживавших в собственном доме или квартире, 5 человек (1,3%) жили в общежитии и 19 человек (4,9%) не имели определенного места жительства.

Распределение больных по нозологическим формам (типам психических расстройств) не отличалось разнообразием. Подавляющее большинство из них (281 человек; 72,4%) составили больные шизофренией, 46 человек (11,9%) — лица с органическими психическими расстройствами, 42 (10,8%) — с умственной отсталостью и 19 человек (4,9%) — с психическими расстройствами вследствие эпилепсии.

На период совершения общественно опасного деяния 215 человек (55,4%) были трудоспособными и 173 человека (44,6%) имели различные группы инвалидности. Среди контингента пациентов, находящихся на принудительном лечении, количество трудоспособных значительно уменьшилось до 115 человек (29,6%, $p < 0,001$), 7 человек (1,8%) имели третью группу инвалидности, 260 (67,1%) — вторую и 6 человек (1,5%) — первую группу инвалидности.

Общая длительность принудительного лече-

ния у 95 больных (24,5%) была до 1 года, у 147 человек (37,9%) — от 1 до 2-х лет и у 146 человек (37,6%) — превышала 2 года. При этом была установлена определенная зависимость длительного лечения от типа психического расстройства. Продолжительные (до 2-х лет) сроки принудительного лечения достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдались у лиц с умственной отсталостью и психическими нарушениями вследствие эпилепсии. Относительно непродолжительное время (до 1 года) принудительное лечение продолжалось чаще всего у больных шизофренией ($p < 0,01$) и органическими психическими расстройствами ($p < 0,05$).

Длительность принудительного лечения в определенной степени зависела и от семейного положения больных. В частности, у лиц имеющих семьи, значительно реже ($p < 0,05$) наблюдались продолжительные (более 2-х лет) сроки принудительно лечения, чем у женатых пациентов.

Среди прочих зависимостей можно отметить определенное влияние на продолжительность принудительного лечения с усиленным наблюдением жилищных условий больных. Так, если непродолжительные сроки принудительного лечения примерно с одинаковой частотой встречались у лиц с различным уровнем организации собственного жилья, то значительной продолжительности содержание в условиях изоляции (более 2-х лет) достоверно чаще наблюдалось у больных не имеющих жилья ($p < 0,01$).

Наконец, была установлена четкая зависимость ($p < 0,01$) длительности принудительного лечения от трудоспособности больных. Непродолжительные сроки принудительного лечения отсутствовали у инвалидов I группы и наблюдались у 20,4% инвалидов II группы и у 37,4% трудоспособных больных. В тоже время продолжительные сроки принудительного лечения имели место у 40,2% инвалидов II группы и у 57% инвалидов III группы. Среди трудоспособных такой продолжительности принудительное лечение было только у 31,3% больных.

Помимо общих клинико-статистических данных обо всех больных, находившихся на принудительном лечении с усиленным наблюдением, нами была особо выделена группа больных шизофренией, как потенциально наиболее опасная в смысле совершения ООД.

Всего за период с 1990 по 2000 годы на принудительном лечении со строгим наблюдением находился 281 больной с верифицированным диагнозом шизофрении (72,4% от общего числа больных). Все они мужчины в возрасте от 20 до

60 лет (пациентов старше 60 всего 6 человек (2,1%)). Также как и в общей группе пациентов, возрастная группа наибольшего риска совершения общественно опасного действия приходится на период 31-40 лет (43,1% больных).

По сравнению с другими категориями больных, у больных шизофренией установлен более низкий показатель опасных действий против жизни, здоровья личности и более высокий — против общественной и личной собственности ($p < 0,05$). У лиц с умственной отсталостью преобладали имущественные деликты с тенденцией к их росту ($p < 0,05$).

В исследованной группе больных сохраняется общепопуляционная тенденция для лиц, находящихся на принудительном лечении, характеризующихся их невысоким общеобразовательным уровнем. Исключение составил более высокий удельный вес пациентов со средним специальным образованием (45,2%, по сравнению с 38,1%), однако это различие не является достоверным. Начальное и незаконченное среднее образование было у 118 человек (37,4%), среднее — у 45 (16,0%) и высшее только у одного (0,4%) человека. Подавляющее большинство учтенных пациентов (232, 82,6%) составили лица не имеющие собственные семьи, женатых было 45 человек (16,0%) и вдовствующих — 4 (1,4%). Таким образом, в сравнении с опубликованными данными [6], удельный вес холостых пациентов среди больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, превышает количество таких же пациентов в популяции больных, не совершивших ООД ($p < 0,05$).

В процессе анализа особенностей преморбидного поведения больных и наиболее общих анамнестических данных были установлены факторы, которые можно интерпретировать как возможные предикторы общественной опасности больных и повышенной вероятности рецидивов ООД.

Полученные результаты позволили ранжировать наиболее часто встречающиеся неблагоприятные факторы в личном анамнезе больных:

1. Проявления социальной дезадаптации и антисоциальное поведение в подростковом и зрелом возрасте — 73% больных.
2. Проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами — 71% больных.
3. Трудности в обучении и с трудоустройством — 64% больных.
4. Отсутствие реальных долговременных целей, слабый контроль за своим поведением — 63% больных.
5. Низкий уровень качества жизни и социаль-

ной поддержки — 62% больных.

Преморбидные особенности личности и поведения анализируемого контингента характеризовались преобладанием таких качеств как безответственность, отсутствие угрызений совести и чувства вины, импульсивность, поверхностные эмоциональные реакции, потребность стимуляции извне, бессердечие, отсутствие стабильности во взаимоотношениях с окружающими.

Одной из задач исследования являлось изучение длительности принудительного лечения больных шизофренией в зависимости от частоты ООД и основных социально-демографических факторов. С этой целью было выделено две группы больных:

- 1) Пациенты совершившие первичное ООД (129 человек, 45,9%).
- 2) Пациенты совершившие повторные ООД (152 человека, 54,1%).

Наиболее характерной возрастной особенностью больных шизофренией оказалось достоверное ($p < 0,01$) преобладание лиц в возрасте 21-30 лет среди совершивших первичные ООД и больных возрастной группы 31-40 лет, совершивших повторные деликты. Распределение больных в других возрастных группах было примерно одинаковым.

Повторные ООД достоверно чаще, чем первичные, совершались лицами, имеющими или начальное, или неполное среднее образование (соответственно 46,1% и 29,5% $p < 0,01$). Можно думать, что более высокий общеобразовательный уровень и наличие специальности являются одним из факторов в ряде случаев препятствующих совершению повторных ООД.

В ходе исследований не было установлено существенных различий в оценке вероятности повторных ООД в зависимости от семейного положения больных. Рецидивные деликты с примерно равной частотой совершали как холостые, так и лица, состоящие в зарегистрированном браке. В то же время фактором риска повторных ООД является отсутствие у больных постоянного места жительства, регистрируемого у этой категории больных в 4 раза чаще, чем среди пациентов совершивших первичные ООД.

Среди изучаемого контингента больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, большую часть составили лица, которые в период ООД являлись инвалидами II группы (192 человека, 68,3%), а количество трудоспособных составило 29,2% (82 человека). Другими словами, большая часть больных

находилась на диспансерном учете у психиатров, что, однако, не помешало им реализовать общественно опасные тенденции. Наблюдавшееся увеличение числа трудоспособных больных в группе совершивших ООД может быть связано с не всегда обоснованными решениями МСЭК о признании больных шизофренией трудоспособными (имели также место случаи добровольного отказа от группы инвалидности) после завершения принудительного лечения. Возможно это обстоятельство, а также уменьшение медико-социальной поддержки больных явилось одним из факторов, способствовавших актуализации социально опасных тенденций больных.

В ходе исследования нами не было выявлено достоверной зависимости между частотой ООД и уровнем трудоспособности больных шизофренией. И при первичных, и при повторных ООД соотношение различных уровней трудоспособности было примерно одинаковым.

Как известно, важнейшим аспектом принудительного лечения, его организации, реабилитационной тактики и профилактики повторных ООД является оптимальная длительность изоляции больных, сопровождающейся усиленным наблюдением. Поэтому представилось целесообразным проанализировать влияние некоторых факторов на длительность принудительного лечения в период, когда реабилитационные вмешательства широкого применения не имели.

Длительность принудительного лечения больных шизофренией составила:

- до 1 года — 78 человек (27,7%);
- от 1 до 2-х лет — 110 человек (39,1%);
- свыше 2-х лет — 93 человека (33,2%).

Таким образом, чаще всего (в 72,3% случаев) принудительное лечение продолжалось более 1 года, несмотря на то, что у многих больных клинически регистрируемые расстройства поведения, в т.ч. включающие в себя социально опасные тенденции, купировались значительно раньше. При этом существенных различий в группах больных, совершивших первичные и повторные ООД, не установлено (таблица 1).

Не было также установлено и достоверной зависимости длительности принудительного лечения больных шизофренией от жилищных условий и семейного положения больных. Можно, однако, утверждать, что максимальные сроки принудительного лечения более характерны для холостых пациентов, совершивших повторные ООД, а также не имеющих определенного места жительства .

Длительность принудительного лечения при первичных или повторных ООД

Длительность принудительного лечения	Больные, совершившие первичные ООД	Больные, совершившие повторные ООД	Группа в целом
До 1 года	33 (25,6%)	45 (29,6%)	78 (27,7%)
От 1 года до 2-х лет	59 (45,7%)	51 (33,5%)	110 (39,1%)
Свыше 2-х лет	37 (28,7%)	56 (36,9%)	93 (33,2%)
Всего	129 (100 %)	152 (100%)	281 (100%)

Уровень трудоспособности больных, совершивших первичные ООД, существенно не влиял на длительность принудительного лечения, хотя среди трудоспособных больных несколько чаще, чем у инвалидов, регистрировались относительно короткие сроки принудительного лечения. В то же время принудительное лечение максимальной продолжительности (свыше 2-х лет) у инвалидизированных пациентов встречалось реже, чем у трудоспособных. Эта тенденция не носила статистически достоверного характера и не может интерпретироваться как научно установленный факт.

При повторных ООД уровень трудоспособности больных является фактором, существенно влияющим на длительность принудительного лечения. Так, она не превышала 1 года у 47,1% трудоспособных больных и только у 21,6% инвалидизированных пациентов. В то же время свыше 1-2 лет принудительное лечение продолжалось у 52,9% больных, сохранивших трудоспособность и у 78,4% больных, признанных инвалидами ($p < 0,01$).

Таким образом, в общей группе пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении с усиленным режимом, преобладают пациенты в возрасте 31-40 лет, имеющие низкий общеобразовательный уровень и не имеющие собственной семьи. В структурно-нозологическом отношении они не отличались значительным разнообразием и ограничивались 4 видами психических расстройств: шизофрения, органические психические расстройства, умственная отсталость и психические расстройства вследствие эпилепсии, однако, статистически значимым было преобладание больных шизофренией. При примерно одинаковом количестве трудоспособных больных и инвалидов на момент совершения ООД, отмечено значительное уменьшение удельного веса трудоспособных больных в период проведения принудительного лечения.

Условно минимальные сроки принудительного лечения (до 1 года) наблюдались у 24,5% боль-

ных. Подавляющее количество больных находится на принудительном лечении в течение нескольких лет, что наиболее характерно для лиц с умственной отсталостью и психическими нарушениями вследствие эпилепсии.

К факторам, играющим значительную роль в формировании длительных сроков принудительного лечения, следует отнести отсутствие у пациентов собственной семьи (холостые, вдовцы), жилья, а также наличие группы инвалидности. В условиях низкой реабилитационной активности медперсонала, указанные факторы затрудняют процесс социальной реабилитации пациентов и даже при значительных сроках принудительного лечения не только не исключают вероятность повторных общественно опасных действий, но и делают их весьма реальными.

Это положение нашло подтверждение в процессе клинко-статистического анализа больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Среди них преобладали лица, совершившие повторные ООД, что свидетельствует о низкой эффективности предшествовавшего длительного принудительного лечения и последующего динамического психиатрического наблюдения. В этой группе сохранились установленные нами общепопуляционные (для контингента больных, находящихся на принудительном лечении в целом) тенденции: преобладание возрастной группы 31-40 лет, низкий общеобразовательный уровень, отсутствие собственной семьи у подавляющего большинства пациентов.

Достоверно установлено, что рецидивные ООД, по сравнению с первичными, больные шизофренией чаще совершают в возрасте 31-40 лет, среди них преобладают лица с начальным или неполным средним образованием, а также не имеющие постоянного места жительства. В то же время, такие факторы как семейное положение и уровень трудоспособности не являются предикторами рецидивной социальной опасности больных шизофренией.

Длительность принудительного лечения больных шизофренией при совершении ими первичных и повторных ООД существенно не отличалась, хотя максимальные его сроки (более 2-х лет) чаще наблюдались у лиц, совершивших повторные общественно опасные действия. По

нашему мнению, в этом проявляется переоценка медперсоналом криминального опыта пациентов и необоснованная убежденность в том, что длительное принудительное лечение – надежный критерий его эффективности и профилактики повторных ООД.

Ю.В.Нікіфоров

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА ОЦІНКА ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРИМУСОВОМУ ЛІКУВАННІ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Україна

В роботі наведені результати клініко-статистичного та соціально-демографічного дослідження 388 хворих, що знаходилися на примусовому лікуванні з 1990 по 2000 роки. Встановлена залежність тривалості примусового лікування від типу психічного розладу, сімейного стану, житлових обставин та працездатності хворих. Встановлені фактори, що підвищують ризик скоєння хворими на шизофренію рецидивних соціально-небезпечних дій. Показана необґрунтованість тривалого примусового лікування як критерія його ефективності та профілактики повторних суспільно-небезпечних дій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 72-77)

Yu. V. Nikiforov

CLINICAL AND STATISTICAL VALUATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS ON FORCED TREATMENT WITH CONCENTRATED OBSERVATION

Zhdanov Regional Psychiatric Hospital Ukraine

The results of clinical and statistical and social and demographical investigations of 388 patients on forced treatment during 1990-2000 years are presented. The dependens of the forced treatment's duration from the tipe of mental disorder, family status, living condations and from the ability to work were established. The factors that conduce to recidivation of social dangerous acts in patients with schizophrenia are found. The groundlessness of long term forced treatment as a criterion of its effectiveness and prophylaxis of recidivation of social dangerous acts. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 72-77)

Литература

1. Боброва А.Н., Мохонько А.Р. Клинико-социальная характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С.24-43.
2. Кондратьев Ф.В. Анализ структуры личности больных шизофренией в плане их социальной опасности // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1981. – С.17-27.
3. Davison S., Jamieson E., Taylor P.J. Route of discharge for

- speciel (high-security) hospital patients with personality disorder. British Journal of Psychiatry. 1999, 175. – P. 224-227.
4. Fioritti A. et al. Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. The Journal of Forensic Psychiatry. – 2000, vol.12, 1. – P. 36-51.
5. Thomson L.D.G. Management of schizophrenia in conditions of high security. Advances in Psychiatric Treatment. 2000, vol.6. – P.252-260.
6. Eaton W.W. Marital Status and Schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 1975, vol.52, 5. - p.320-329.

Поступила в редакцию 3.04.2002г.

УДК 616.444-008.93+616.845

*М.П. Боро, О.В. Носкова, Л.А. Васякина***СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В УСЛОВИЯХ ЭКОКРИЗИСНОГО РЕГИОНА**

Донецкая ОПНБ – Медико-психологический центр, Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: хронические гинекологические заболевания, невротические, соматоформные, сексуальные расстройства.

В Донецком регионе экологическая ситуация в значительной степени характеризуется проблемой выбросов в атмосферный воздух промышленными предприятиями вредных химических соединений (около 2 млн. тонн в год), которые впоследствии отравляют воду, почву и пищевые продукты [1]. При этом около трети обнаруживаемых ксенобиотиков обладают мутагенными, тератогенными и канцерогенными свойствами. Безусловно, они негативно влияют на репродуктивную функцию женщин фертильного возраста, их гинекологическое здоровье. Установлен активный рост болезней эндокринной системы, обмена веществ и иммунитета у населения региона коморбидных гинекологическим заболеваниям (55-56 случаев на 10000 населения), который начался во второй половине 90-х годов XX ст. — увеличение за 4 года составило 70,3 % [2].

Какое-либо соматическое страдание, даже если в его возникновении психические влияния осознанно не играют ведущей роли, является мощным психотравмирующим фактором [4], вторичные невротические расстройства

негативно влияют на свою соматическую основу, что создает состояние взаимного утяжеления по механизму замкнутого круга [5, 6], а у женщин, являются довольно частым осложнением в процессе протекания у них гинекологических заболеваний и встречаются у 60-70% больных [7].

По своему происхождению и клиническим проявлениям психические расстройства чаще всего представляют собой соматогении, или психогении преимущественно с эмоционально-аффективными проявлениями. Развившиеся сексуальные нарушения при этих соматоформных и невротических расстройствах способствуют микро-социальной и макросоциальной дезадаптации.

Как правило, выявление клинических проявлений сексуальных нарушений строится либо на активном предъявлении жалоб, либо на осознании их наличия. Основным в лечении является комплексный дифференцированный подход с обязательным партнерским участием, что также требует осознания наличия сексуальных расстройств [3].

Материал и методы исследования

В условиях гинекологических отделений было обследовано 156 женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов и миомами. Возраст обследованных составил от 22 до 45 лет.

Исследование проводилось с помощью традиционного анамнестического, социометрического и клиничко-психопатологического исследований для оценки психического и сексуального состояния.

Результаты исследования и их обсуждение

Выявлено, что у 75 женщин (48,1 %) имели место сексуальные нарушения. 64 из 75 женщин предъявляли массу общевневрологических, вегетативных, астенических, алгических жалоб. Жалобы на сексуальные нарушения выявлялись преимущественно при целенаправленном опросе. 9 женщин наряду с жалобами общевневрологического характера активно жаловались на раз-

личные сексуальные нарушения.

Наиболее часто встречающимися были явления гипо- и аноргазмии (68,5%), снижение либидо (72,5%), болевые или неприятные ощущения во время полового акта (12,5%), вагинизм (5%). Как правило, жалобы на сексуальные расстройства носили сочетанный (87,5%), реже - изолированный характер (12,5%).

Сексуальные нарушения у больных с невротическими и соматоформными расстройствами либо сопровождались эмоциональными переживаниями по данному поводу, либо чаще вытеснялись или подменялись переживаниями иного порядка (по поводу состояния здоровья, отношений с окружающими, личной неустраивенности и т.п.).

Как показали наши исследования, в большинстве случаев наличие сексуальных нарушений при этих расстройствах не осознается, вытесняется или игнорируется больными. Кроме того, даже при осознании данной проблемы женщины категорически отказываются от привлечения к их лечению партнера, считая, что это является для них дополнительной психотравмой. Такое отношение приводит к формированию неадекватных форм поведения как внутри семьи, так и в ближайшем микросоциуме, утяжеляя само течение заболевания и снижая эффективность лечения. Отсутствие значительного улучшения усиливает неадекватность взаимодействия таких больных в различных сферах, формируя тем самым «внешний замкнутый круг». Последний же в свою очередь усиливает «внутренний замкнутый круг» — нарастание болезненных проявлений.

В клинической картине невротических и соматоформных расстройств у обследованных больных чаще отмечались депрессивный, астенический, ипохондрический, тревожно-фобический симптомокомплекс. При депрессивном синдроме (11 чел.) отмечалось умеренное снижение настроения и его перепады к концу дня или на фоне малейших неудач и микроконфликтов, склонность к драматизации и переоценке значимости повседневных ситуаций, снижение общей активности и инициативы. Для этих пациенток было характерно переживание по поводу своего состояния и жизненных проблем, с которыми они сталкиваются.

Астенический симптомокомплекс (30 чел. — 40%) характеризовался повышенной утомляемостью, вялостью, истощаемостью. Эти больные не чувствовали себя отдохнувшими, уже с утра испытывали явления вялости. На работе и дома этим пациенткам трудно было сосредоточиться на каком-либо одном виде деятельности.

При ипохондрическом синдроме (19 чел. — 25,3%) отмечалась фиксация внимания на имеющихся ощущениях, ограничение круга интересов своими болезненными ощущениями. Все свои усилия эти пациентки направляли на то, чтобы избавиться от болезни. Настроение и активность этих больных зависели от выраженности

сти тех или иных болевых ощущений и болезненных симптомов.

Для больных с ведущим тревожно-фобическим синдромом (15 чел. — 20%) было характерно наличие тревоги, носящей, как правило, немотивированный характер, усиливающийся как на фоне ухудшения общего состояния, так и в различных ситуациях. Кроме того, для этой группы больных характерно наличие страха смерти, страха задохнуться, страха умереть от онкологического заболевания. Тревога и страх носили преимущественно ситуационный характер и сопровождались снижением настроения, рассеянностью внимания, повышенной отвлекаемостью.

Помимо описанных эмоциональных расстройств для этих больных было характерно наличие сексуальных нарушений, носящих в 86,7% случаев сочетанный характер и лишь в 13,3% случаев — изолированный.

Время появления сексуальных расстройств было различным и, как правило, не с первых дней и недель гинекологического заболевания, а спустя не менее 6 месяцев — в 41 случае, спустя 8-9 месяцев — в 15 случаях, спустя год и более — в 11 случаях. В 8 случаях именно с сексуальных расстройств началось основное заболевание. Практически во всех случаях (в 67 из 75) имело место снижение полового влечения, которое было либо первичным по отношению к другим сексуальным расстройствам (27 случаев), либо носило вторичный характер на фоне гипо- или аноргазмии, болевых ощущений и вагинизма.

При анализе причин возникновения гипо- и аноргазмии обращает на себя внимание тот факт, что в 37 случаях эти явления имели место с самого начала половой жизни и первый сексуальный опыт пациенток, хотя и был желательным, но не совпал с имеющимися место ожиданиями и представлениями. И каждое последующее интимное отношение не приносило ожидаемого. Отмечался разрыв между уровнем осведомленности, почерпнутым из литературы как популярной, так и специальной, видеопродукции и тем, с чем столкнулись пациентки в реальной действительности. Кроме того, у этих женщин не происходило изменения понимания, представлений об интимных отношениях в процессе жизни, а доминирующими являлись ожидания, которые длительное время носили стереотипный и нереализованный характер.

В 19 случаях гипо- и аноргазмия возникали на различных этапах сексуальной жизни, после реально испытываемых оргастических ощущение-

ний. Их снижение или исчезновение на фоне невротических расстройств приводили к усилению уже имеющихся эмоциональных расстройств.

Наличие неприятных и болевых ощущений отмечалось в 9 случаях, причем в 6 случаях в прошлом имел место факт изнасилования, а в 3 остальных — чувство страха и болезненность во время первого полового акта. В 4 случаях имели место явления вагинизма.

Обращает на себя внимание, что женщины у которых имеются явления гипо- и аноргазмии не обращались за помощью к специалистам, не осознавали, что имеющиеся нарушения могут приводить к заболеванию или усугублять его течение. Больные же с болевыми или неприятными ощущениями, явлениями вагинизма обращались за помощью, активно искали ее у гинекологов, хирургов, невропатологов, отказываясь обращаться к психотерапевтам, сексопатологам.

При сопоставлении основных психопатологических симптомов с сексуальными расстройствами было выявлено, что явления гипо- и аноргазмии сочетались с депрессивным или астеническим симптомокомплексом в рамках неврастения и диссоциативных расстройств. Неприятные или болевые ощущения во время полового акта — с ипохондрическим симптомокомплексом в рамках диссоциативных и тревожно-фобических расстройств. Явления вагинизма чаще отмечались при тревожно-фобическом симптомокомплексе в рамках как неврастения, так и диссоциативных и тревожно-фобических расстройств. Для большинства женщин, страдающих невротическими расстройствами с сексуальными нарушениями, характерна тенденция к неосознаванию или вытеснению сексуальных проблем.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой частоте встречаемости сексуальных нарушений при невротических расстройствах, крайне низкой их осознаваемости, коморбидности сексуальных нарушений и психопатологических синдромов. Все вышеизложенное необходимо учитывать при лечении данной группы больных, направляя лечебные мероприятия как на коррекцию самих сексуальных нарушений, так и на коррекцию основных психопатологических синдромов.

При разработке схем психотерапевтической коррекции психоэмоционального состояния и личностного реагирования больных с невротическим и соматоформным симптомокомплексом мы исходили прежде всего из связи их с давностью и тяжестью гинекологического заболевания. Поэтому главная роль отводилась как

рациональной и опосредованной психотерапии, так и современным направлениям психокоррекционной работы, направленным на ликвидацию страхов неблагоприятного течения и последствий гинекологического заболевания, снижение его как микро-, так и макросоциальной значимости в представлении больных, потенцирование эффективности терапии гинекологических заболеваний.

Одним из наиболее методологически и методически разработанных и адекватных для данного контингента больных является, на наш взгляд, гештальт-терапия. Она приводила к существенному уменьшению симптоматики, разрешению личностных проблем, повышению социально-психологической адаптации. Кроме того, она способствовала личностному росту, развитию творческого и самоактуализирующегося потенциала человека, что нередко является важной задачей в реабилитации пациентов с хроническими гинекологическими расстройствами.

Следующая из использованных нами современных психокоррекционных методик был модифицированный способ когнитивной психотерапии — реверсивный психологический анализ (РПА).

Выявляя когнитивные детерминанты эмоций и поведения, РПА является вариантом когнитивной психотерапии, направленной на распознавание когда-то некритически интериоризированных безальтернативных установок (жестких оценочных, предписывающих или причинно-следственных когниций), их дестабилизацию и коррекцию связанных с ними личностных асимметрий. Разработанная система коннотативных смыслов является существенным фактором психотерапевтического воздействия при данном виде гинекологической патологии, протекающей с сексуальными нарушениями.

Нами использован также метод символдрамы для работы с женщинами, имеющими сексуальные расстройства. Характерной особенностью этого метода является предложение пациенткам некоторой темы для кристаллизации их образной фантазии — так называемого мотива представления образа. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациенток, в ходе работы были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, наиболее релевантно отражали внутреннее психодинамическое состояние и, в то же время, обладали наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

Предложенные нами психокоррекционные

методики позволяли оптимизировать терапевтический процесс у 68±5% женщин с хроническими воспалительными заболеваниями

внутренних половых органов, миомами, повысить уровень их социальной, трудовой и медицинской адаптации.

М.П. Боро, О.В. Носкова, Л.О. Васякіна

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ ЕКОКРИЗИСНОГО РЕГІОНУ

ОПНЛ – Медико-психологічний центр, Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького, Україна

Представлені сучасні методики диференційованої психотерапії жінок із хронічними гінекологічними захворюваннями (запальні, міомами), які протікають в співвідношенні з невротичними та соматоформними порушеннями психічної сфери, які супроводжуються сексуальними порушеннями, які дозволяють активізувати терапевтичний процес в області соціальної, трудової та медичної адаптації пацієнток. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 78-81)

M.P. Bero, O.V. Noskova, L.O. Vasyakina

CONTEMPORARY ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY OF DISEASED DURING CHRONIC GYNECOLOGICAL DISORDERS IN CONDITIONS OF ECOCRISIS REGION

RPNH- Medical – psychological center, Donetsk State Medical University named
by M. Gorky, Ukraine

There are presented contemporary methods of differential psychotherapy of women with chronic gynecological disorders (inflammatory, myomas), goes by in combination with neurotic somatoforms disorders of mental sphere, following by sexual disorders, permissive to actives therapeutic process in the area of social, labor and medical adaptation of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 78-81)

Литература

1. Агарков В.И., Петрашенко П.Р., Швыдкий О.В. Современные тенденции в изменении здоровья населения и направления совершенствования его охраны в условиях Донбасса. //Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2001. – Т.5. - №1. – С.3-7.
2. Гринь Н.В., Агарков В.И., Коваль Е.Н., Михайличенко Т.Е. Особенности формирования болезней эндокринной системы, нарушения обмена веществ и иммунитета среди населения Донецкой области //Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2000. – Т.4. №2. – С.174-176.
3. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. – Т.2. – 352 с. Клиническая сексология. Часть 1. Общая сексopatология. – Харьков:

ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. – 272 с.
4. Лапин И.П., Анналова Н.А. Соматические заболевания и психические расстройства //Харьковский мед. журнал. – 1996. - №3. – С.9-12.
5. Марута Н.А. Невротическая болезнь //Международный мед. журнал. – 1997. – Т.3. №3. – С.16-19.
6. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади //Укр. вісн. психоневрології. – 1996. – Т.4. Вип. 5 (12). – С.292-294.
7. Пуртов И.Л. Социально-гигиеническая характеристика здоровья беременных женщин //Гигиена и санитария. – 1991. - №12. – С.72-74.

Поступила в редакцию 9.02.2002г.

УДК 616.899-007.12-07

*Д. А. Иванов***ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА**

Психиатрическое отделение военного госпиталя, г. Старокопчанов, Украина

Ключевые слова: психический инфантилизм, высшая нервная деятельность, ассоциативный эксперимент

Психический инфантилизм все еще остается мало изученной проблемой. Здесь, по выражению М. И. Буянова [2], больше вопросов, чем ответов. Особое положение занимает синдром психического инфантилизма в подростковом и юношеском возрасте, который либо теряется в норме, либо растворяется в иных психопатологических проявлениях. Синдром психического инфантилизма в более позднем возрасте, несмотря на его профессионально-экспертную и социально-криминогенную значимость, остается недостаточно изученным.

Инфантильная структура личности в юношеском возрасте в силу возрастного развития некоторых позитивных адаптационных возможностей приобретает более стертую, редуцированную картину, которая может проявляться лишь при психофизических нагрузочных условиях. При этом, по нашим данным, в клинической картине синдрома психического инфантилизма постоянным фоном остается астенический симптомо-комплекс, в его гиперстенической или гипостенической формах.

Учитывая трудности объективизации признаков функциональной несостоятельности высшей нервной деятельности, характерной для синдрома психического инфантилизма у юношей, нами предпринята попытка исследования у них особенностей ассоциативных функций.

Ассоциативные связи – понятие более широкое, чем семантическое, они составляют основу мышлеобразования, они выражают ментальные, эмоциональные и нравственные сферы индивидуума.

К одним из методов исследования объема и качества ассоциативных связей относится ассоциативный эксперимент, позволяющий оценивать ряд особенностей высшей нервной деятельности.

Ассоциативный эксперимент применялся для выявления характерных особенностей нарушения корковой нейродинамики, взаимоотноше-

ния сигнальных систем при многих функциональных расстройствах центральной нервной системы [1,3,4].

Как известно, ассоциативный эксперимент заключается в том, что через небольшие промежутки времени произносятся различные слова, на каждое из которых испытуемый, согласно заранее данной ему инструкции, отвечает первым пришедшим ему в голову словом, при этом скрытый период речевых реакций, то есть время от произнесения слова-раздражителя до ответной реакции обследуемого регистрируется секундомером; анализируется характер ответной реакции.

В наших экспериментах использовался изготовленный нами прибор, позволяющий с точностью до сотой доли секунды измерить наиболее важный показатель – латентный период речевых реакций. Исследуемый и исследователь надевали лярингофоны, связанные с электронным счетчиком, который отсчитывал время с момента произнесения слова-раздражителя исследователем до начала ответной реакции исследуемым, время скрытого периода выдавалось на табло прибора.

Слова-раздражители подавались через равные промежутки, с интервалами в 10 секунд.

Список слов-раздражителей, составляемый заранее в виде таблицы, состоял из 20 слов, лишенных какой-либо смысловой связи. Такими словами были существительные в именительном падеже, достаточно знакомые испытуемому. В качестве «аффектогенных» раздражителей включались слова, отражающие смысл жалоб больных и их психопатологические переживания. Поскольку характер и содержание наиболее часто высказываемых большинством больных жалоб и переживаний были почти одинаковыми, во всех таблицах «аффектогенными» обозначались такие слова, как «болезнь», «настроение», «утомление», «сон», «боли», «общение». Эти слова-раздражители во всех случаях следовали

в одном порядке после трех индифферентных слов-раздражителей, которые по смысловой нагрузке мало отличались друг от друга в разных таблицах.

Исследования проводились в одно и тоже время в спокойной обстановке, исключались посторонние внешние раздражители, а в случаях их возникновения в ходе опыта, исследования повторялись заново.

По истечении 10 дней испытуемый вновь подвергался ассоциативному эксперименту, при котором словами-раздражителями служили его ответные реакции из прошлого опыта.

Обработка полученных данных заключалась:

- в вычислении среднего латентного периода всех словесных реакций в данном опыте и относительно количества реакций высшей и низшей групп;
- в определении соотношения среднего латентного периода первых десяти словесных реакций к среднему латентному периоду последних десяти;
- в определении среднего латентного периода всех словесных реакций при эксперименте с зеркальной заменой ответных реакций на раздражители и сравнении их с латентными периодами предыдущего эксперимента;
- в анализе количества и характера ответной

реакции, проводимого по классификации А.Г. Иванова-Смоленского;

- в оценке воспроизведения ответных реакций и устойчивости ассоциативных связей по результатам первого и второго (при использовании слов-реакций в качестве слов-раздражителей) экспериментов.

Исследованию подвергались 200 лиц с синдромом психического инфантилизма, из них 100 человек с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма, 100 человек с гипостенической формой психического инфантилизма и 50 здоровых людей (контрольная группа). Все испытуемые были мужского пола в возрасте от 18 до 20 лет.

Особенностью данных исследований являлось и то, что все больные с синдромом психического инфантилизма и лица контрольной группы имели идентичные демографические данные (пол, возраст), социально-бытовые, нагрузочно-трудовые условия деятельности.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием критерия t Стьюдента.

При ассоциативном эксперименте у лиц с синдромом психического инфантилизма получили характерные изменения в зависимости от формы проявления синдрома.

Таблица 1

Показатели латентного периода при ассоциативном эксперименте у здоровых лиц и больных с синдромом психического инфантилизма

Характер и последовательность слов-раздражителей	Латентный период, сек ($\bar{X} \pm S\bar{x}$)		
	У здоровых людей	У больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма	У больных с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма
Индифферентный	1,76±0,01	2,01±0,01	3,76±0,04
Аффектогенный	1,77±0,01	5,40±0,02	8,01±0,05
Индифферентный предъявленный за аффектогенным	1,78±0,01	3,01±0,01	5,23±0,03
Первая половина	1,72±0,008	2,64±0,04	3,77±0,04
Вторая половина	1,74±0,009	2,96±0,06	5,23±0,11

Примечание: все значения достоверно отличаются от таковых контрольной группы при $P < 0,001$

Как видно из таблицы 1, у больных с гиперстенической формой психического инфантилизма латентный период на слова-раздражители индифферентного значения был несколько больше латентного периода здоровых лиц, однако не выходил за пределы нормы. «Аффектогенные» слова-раздражители, выражающие круг переживаний в связи с состоянием здоровья больных, вызывали запаздывание речевых реакций – $5.40 \pm 0,02$ сек ($P < 0,001$), что более чем в три раза превышает показатели здоровых лиц. Почти во всех случаях эксперимента наблюдалось удлинение латентного периода на «индифферентные» слова-раздражители, следующие сразу за «аффектогенными», что указывало на явления последовательного торможения. В группе боль-

ных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма он составил $3,01 \pm 0,01$ сек, что в 2 раза превышало латентный период здоровых лиц ($P < 0,001$).

У больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма обнаруживались значительные временные колебания реакции, наряду с запаздыванием ответных реакций отмечалось быстрое возникновение ассоциативных связей, то есть появлялись резко укороченные скрытые периоды речевых ответов. опыты нередко сопровождалось мимическими и пантомимическими движениями (размахиваниями руками, поворотами головы, закрыванием глаз и т. д.) рядом вегетативных реакций, в частности, задержкой или учащением дыхания.

Таблица 2

Характер речевых реакций при ассоциативном эксперименте у здоровых лиц и больных с синдромом психического инфантилизма

Речевые реакции и их характер	Количество ответов, % ($\bar{X} \pm \bar{S}_x$) –		
	У здоровых людей	У больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма	У больных с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма
Однословные	$98 \pm 0,7$	$93 \pm 0,4$	$86 \pm 0,5$
Многословные	$2 \pm 0,7$	$7 \pm 0,2$	$14 \pm 0,3$
Высшая группа	$91 \pm 0,8$	$69 \pm 0,9$	$60 \pm 0,3$
Из них:			
– индивидуально конкретные	$60 \pm 0,8$	$75 \pm 0,8$	$84 \pm 0,7$
– обобщенно конкретные	$19 \pm 0,5$	$14 \pm 0,4$	$12 \pm 0,3$
– абстрактные	$21 \pm 0,6$	$11 \pm 0,3$	$4 \pm 0,1$
Низшая группа	$9 \pm 0,4$	$31 \pm 0,3$	$40 \pm 0,5$
Из них:			
– созвучные	$96 \pm 0,6$	$65 \pm 0,8$	$54 \pm 0,3$
– вопросительные	$4 \pm 0,2$	$13 \pm 0,3$	$6 \pm 0,1$
– персеверирющие	Нет	$16 \pm 0,4$	$25 \pm 0,5$
– отказные	Нет	$6 \pm 0,2$	$15 \pm 0,4$

Примечание: все показатели достоверно отличаются от таковых у здоровых людей при $P < 0,001$

Речевые реакции, как видно из таблицы 2, у больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма, отнесенные к высшей группе, наблюдались в $75 \pm 0,8\%$ случаев, где преобладали индивидуально-конкретные и обобщенно-конкретные ответы. Количество речевых реакций, относящихся к низшей группе, более чем в 3 раза превышало низшую группу у исследованных здо-

ровых лиц ($P < 0,001$). Среди них чаще регистрировались созвучные, вопросительно-ориентировочные и предэхололические реакции.

Повторные проведения ассоциативного эксперимента с использованием в качестве слова-раздражителей ответных словесных реакций из прошлого опыта у больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма

существенных изменений в продолжительности латентных периодов не вносили. Многие ответные реакции обозначались теми же словами, которые служили словами-раздражителями в прошлом опыте, а во всех болезненно воспринимаемых случаях перекрестно повторялись слова-раздражители с теми же удлинёнными латентными периодами. Повторяемость остальных слов-раздражителей в качестве речевых реакций у этой группы больных была в 1,5 раза выше, чем у здоровых лиц ($P < 0,01$), что может свидетельствовать об ограниченности ассоциативного поля больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма.

У больных с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма наблюдались удлинение латентного периода не только на «аффектогенные» слова-раздражители, но и на «индифферентные» ($3,76 \pm 0,04$ сек), что в 2 раза превышало латентный период здоровых лиц ($P < 0,001$). Латентный период речевых реакций на «аффектогенные» слова-раздражители был более продолжительным ($8,01 \pm 0,05$ сек), в среднем превышал этот показатель здоровых лиц в 4,5 раза ($P < 0,001$).

У большинства больных этой группы также наблюдались явления последовательного торможения, выражавшиеся в удлинении латентного периода при ответах на слова, которые предъявлялись вслед за «аффектогенными» словами, определяющими застойную патодинамическую структуру. Латентный период на слово сразу следующее за «аффектогенным» словесным раздражителем составил у больных этой группы $5,23 \pm 0,03$ сек. Явления последовательного торможения были тем больше выражены, чем длительнее оказывались задержки на эмоционально значимых словах, в среднем латентный период в 2,9 раз превышал этот показатель здоровых лиц ($P < 0,001$).

В отличие от больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма обращает на себя внимание сравнительно большое количество случаев, когда больные с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма дольше фиксировались при речевых реакциях, отражающих их субъективные переживания. Здесь отчетливо выступали и явления патологической инертности раздражительного процесса, выражающиеся в персеверирующих речевых реакциях. Также у больных данной группы при повторных, перекрестных предъявлениях слов-раздражителей прежние ассоциативные связи речевых реакций повторя-

лись в 2 раз чаще, по сравнению со здоровыми лицами ($P < 0,001$). Описанные случаи чаще относились к больным с преобладанием симптоматики психоорганического и ипохондрического характера.

К высшей группе у больных с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма отнесены были $60 \pm 0,3\%$ словесных реакций, в то время как у здоровых они составили $91 \pm 0,8\%$ ($P < 0,01$), а у больных гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма – $69 \pm 0,9\%$ ($P < 0,001$). Высшая группа у больных с гипостенической формой психического инфантилизма, в основном, состояла из индивидуально-конкретных, обще-конкретных словесных реакций. Абстрактные словесные реакции здесь наблюдались реже, чем у больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма и тем более, чем у здоровых лиц.

Остальные $40 \pm 0,5\%$ всех словесных реакций, полученных у больных с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма, были отнесены к низшей группе речевых реакций (у больных с гиперстенической формой синдрома психического инфантилизма $31 \pm 0,3\%$). Среди них наибольшее число составили эгоцентрические, подражательные, созвучные и персеверирующие речевые реакции.

Помимо преобладания удлинённых эгоцентрических ассоциаций у больных психическим инфантилизмом важно отметить преобладание наиболее характерных ответов в виде междометий, подтверждающих затрудненность адекватных реакций: «Ну», «Ну, как сказать».

Предэхолическая реакция, по частоте занимающая второе место у больных с гипостенической формой психического инфантилизма, также характеризует торпидность ассоциативных процессов («Земля»-«земля?, круглая»; «Снег» – «Снег?, ну, белый»). Такой формы ассоциаций не наблюдалось ни в одном случае реакций больных на эмоциогенное слово-раздражитель.

Низкое качество ассоциативного процесса, о чем свидетельствует большой процент низшей группы речевых реакций с включением отказных и персеверирующих ответов, может указывать в подтверждении клинических данных на органический характер сдвигов в высшей нервной деятельности.

Таким образом, у обследованных больных с синдромом психического инфантилизма функциональное расстройство высшей нервной дея-

тельности выражается в виде ослабления активного торможения, снижения силы основных нервных процессов, преимущественно раздражительного, проявления которых находятся в прямой зависимости от формы и выраженности этого синдрома.

Явления стойкого последовательного торможения в ответ на дифференцировочные раздражители при ассоциативном эксперименте могут указывать на инертность ослабленного тормоз-

ного процесса, а увеличение латентного периода к концу исследования у больных с гипостенической формой синдрома психического инфантилизма — свидетельствовать об истощаемости нервных процессов.

В дополнение к клиническим данным метода ассоциативного эксперимента может быть использована для улучшения экспертно-диагностических заключений при синдроме психического инфантилизма.

D.A. Ivanov

THE RESEARCH OF THE HIGHER NERVOUS ACTIVITIES IN PERSONS WITH MENTAL INFANTILISM SYNDROM

Psychiatric department of military hospital, Staroconstantinov, Ukraine

It was used associative experiment for the research of the higher nervous activity of the youth with the syndrome of psychic infantilism. A great number of patients with the similar demographical and social conditions were received the most serious research. It was obtained the typical changes of associative connections depending on forms of display the syndrome of psychic infantilism on the basic that were determined various dynamic disorder of the higher nervous activity of the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 82-86)

Литература

1. Альтшулер В. Б. О методике исследования речевых реакций: Материалы конференции по вопросам патофизиологии высшей нервной деятельности применительно к задачам психиатрической и нервной клиники. – М., 1958. – С. 39-41

2. Буянов М. И. Недержание мочи и кала. – М., 1985. – С. 76-87.

3. Зурабашвили А. Д. О значении словесного эксперимента в клинической психиатрии // Журн. высшей нервной деятельности. – 1963. – Т. 3, № 3. – С. 343-407.

4. Фуфлыгина Т. П. Об изменении у детей словесных реакций на словесные раздражители под влиянием внешнего торможения: Тр. Инст. высшей нервной деятельности. – М., 1966. – Т.2. – С. 127-129.

5. Альтшулер В. Б. О методике исследования речевых реакций: Материалы конференции по вопросам патофизиологии высшей нервной деятельности применительно к задачам психиатрической и нервной клиники. – М., 1958. – С. 39-41

6. Буянов М. И. Недержание мочи и кала. – М., 1985. – С. 76-87.

7. Зурабашвили А. Д. О значении словесного эксперимента в клинической психиатрии // Журн. высшей нервной деятельности. – 1963. – Т. 3, № 3. – С. 343-407.

8. Фуфлыгина Т. П. Об изменении у детей словесных реакций на словесные раздражители под влиянием внешнего торможения: Тр. Инст. высшей нервной деятельности. – М., 1966. – Т.2. – С. 127-129.

Поступила в редакцию 16.09.2001г.

УДК 616-092.12+661.72-002.77+617.711-002

*О.В.Синяченко, В.В.Яковленко, Е.М.Денисова, Ю.А.Подлина, Г.А.Игнатенко, И.Ю.Чибисова***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: болезнь Рейтера, качество жизни

Одним из новых критериев оценки тяжести клинического течения заболеваний и эффективности их медикаментозной и немедикаментозной реабилитации является качество жизни (КЖ) [6]. Хотя концепция КЖ еще не получила универсального определения, его чаще обозначают как «способность индивида функционировать в обществе соответственно своему социальному положению и получать удовлетворение от жизни» [7]. КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [16]. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, составляют более полную и относительно объективную характеристику состояния здоровья больного. При изучении различных сфер жизни (многопрофильная оценка) учитываются такие компо-

ненты, как субъективное благополучие и объективное функционирование в разных социальных ролях и условиях жизни [8].

Костно-мышечная патология занимает ведущее место среди хронических заболеваний, ухудшающих показатели КЖ [6, 12]. Болезни суставов, характеризующиеся постоянными болями и функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата, сопровождаются широким спектром изменений в психоэмоциональной сфере (расстройств тревожного ряда), которые оказывают существенное влияние на основные компоненты КЖ [2, 6]. К одному из наиболее частых заболеваний локомоторного аппарата, особенно у молодых людей мужского пола, относится болезнь Рейтера (БР), наносящая немалый медико-социальный ущерб государству [1, 3, 9, 10, 13, 15]. Нами впервые проведена оценка КЖ больных с БР, а анализ полученных результатов стал целью данной работы.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 257 больных БР (153 мужчины и 104 женщины) в возрасте от 15 до 60 лет (в среднем $32,9 \pm 0,72$ лет). При постановке диагноза использовались критерии, предложенные Ю.Н.Ковалевым [4], М.Дугадос [11], С.Рачесо-Тена et al. [14]. В урогениталиях хламидии обнаружены у 88,7% больных, а у остальных пациентов — в сыворотке крови антитела к хламидиям в титрах 1:32 и более. Женщины оказались более старших возрастных групп ($s^2=19,9$, $p=0,001$), а их средний возраст был равен $35,9 \pm 1,11$ лет (у мужчин $30,9 \pm 0,92$ лет; $kS=3,52$, $p=0,001$, $kF=0,98$, $p=0,452$). В среднем длительность заболевания составляла $4,0 \pm 0,34$ лет. Активность I ст. установлена в 24,5% наблюдений, II ст. — в 40,9%, III ст. — в 34,6%. Необходимо отметить, что мужская и женская группы больных не отличались между собой как по продолжительности БР ($s^2=0,58$, $p=0,965$), так и по активности па-

тологического процесса ($s^2=5,11$, $p=0,078$).

У всех обследованных имел место периферический артрит, у 35,4% — бурситы и тендиниты, в 16,0% — энтезопатии, у 23,0% — сакроилеит, у 94,2% — поражение урогениталий (у мужчин — уретрит, простатит, везикулит, эпидидимит, а у женщин — эндометрит, аднексит, сальпингоофорит, цервицит, кольпит, цистит), у 39,7% — поражение глаз (конъюнктивит, кератит, эписклерит, иридоциклит), у 9,0% — кожный синдром (псориазоподобная сыпь, многоформная экссудативная эритема, эрозии полости рта, кератодермия подошв, ониходистрофия, баланопостит), у 53,7% — кардиопатия (пороки сердца, миокардит, миокардиодистрофия), у 45,9% — нефропатия (пиелонефрит, интерстициальный нефрит, гломерулонефрит). У женщин чаще наблюдались поражения кожи ($s^2=6,42$, $p=0,011$) и почек ($s^2=11,4$, $p=0,001$).

При оценке КЖ больных БР мы учитывали

такие показатели, как необходимость лечиться, наличие ограничений в питании, трудовой деятельности, досуге, половой жизни, физической, умственной и эмоциональной нагрузках, изменение взаимоотношений с близкими, друзьями и сослуживцами, уменьшение доходов и снижение общей активности в жизни. В последующем анализировали критерии КЖ в баллах, к которым относили здоровье, социальное и эмоциональное функционирование, удовлетворенность жизнью,

условия жизни и вредные привычки [2,8].

Статистическая обработка полученных результатов исследований выполнена на компьютере с помощью программы «STADIA.6.1» [5]. Определяли средние значения показателей (M), их ошибку (m), коэффициенты корреляции (r), критерии различия Стьюдента (kS), Фишера (kF), c2 (непараметрический тест кросстабуляции), Крускала-Уоллиса (kKU, однофакторный дисперсионный анализ), их достоверность (p).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено снижение КЖ больных БР, причем причины его у мужчин и женщин разнятся (табл. 1). Так, для мужской группы были более характерными (S3=69,5% против S3=13,7%) изменение взаимоотношений с друзьями (c2=9,32, p=0,002), ограничения в трудовой деятельности (c2=5,14, p=0,023) и в досуге (c2=13,7, p<0,001), снижение активности в жизни (c2=5,03,

p=0,025), ограничения в половой жизни (c2=11,1, p<0,001), а для женщин (S3=51,6% против S3=8,0%) – уменьшение физической нагрузки (c2=14,1, p<0,001), изменения взаимоотношений с близкими (c2=21,2, p<0,001) и ограничения в питании (c2=4,69, p=0,030). Эти данные необходимо учитывать при психологической реабилитации больных БР разного пола.

Таблица 1

Информативность причин снижения качества жизни у больных БР разного пола

Причины	Группы больных						Различия групп больных	
	мужчины (n=153)			женщины (n=104)			χ^2	p
	Ч	С	З	Ч	С	З		
1	53,6	47,7	12,2	58,7	52,3	16,1	0,64	0,423
2	40,5	38,6	6,0	64,4	61,4	24,3	14,1	<0,001
3	2,0	100,0	2,0	0	0	0	2,06	0,151
4	7,2	51,8	1,9	6,7	48,2	1,6	0,02	0,887
5	21,6	30,6	2,0	49,0	69,4	23,6	21,2	<0,001
6	14,4	83,2	10,0	2,9	16,8	0,1	9,32	0,002
7	7,8	50,3	2,0	7,7	49,7	1,9	0,01	0,965
8	38,6	60,7	14,2	25,0	39,3	3,9	5,14	0,023
9	5,9	60,2	2,1	3,9	39,8	0,6	0,54	0,465
10	16,3	89,6	13,1	1,9	10,4	0	13,7	<0,001
11	64,1	56,2	20,3	50,0	43,8	9,6	5,03	0,025
12	0,7	12,7	0	4,8	87,3	3,7	4,69	0,030
13	17,7	81,9	11,9	3,9	18,1	0,1	11,1	0,001

Примечание: Ч – чувствительность причины, С – специфичность причины, З – значимость причины; 1 – необходимость лечиться, 2 – ограничение физической нагрузки, 3 – ограничение умственной нагрузки, 4 – ограничение эмоциональной нагрузки, 5 – изменение взаимоотношений с близкими, 6 – изменение взаимоотношений с друзьями, 7 – изменение взаимоотношений со служивцами, 8 – ограничение в трудовой деятельности, 9 – уменьшение доходов, 10 – ограничения в досуге, 11 – снижения активности в жизни, 12 – ограничения в питании, 13 – ограничения в половой жизни.

На КЖ при БР оказывают свое влияние пол больных (kKU=5,83, p=0,016), их возраст (kKU=23,6, p<0,001), длительность заболевания

(kKU=105,0<0,001) и активность патологического процесса (kKU=18,7, p<0,001). Наличие или отсутствие хламидий в уrogenиталиях никак не

отражалось на состоянии КЖ пациентов с БР (kKU=0,025, p=0,876). С возрастом и продолжительностью болезни показатель КЖ имеет прямую корреляционную связь (соответственно $r=+0,350$, $p<0,001$ и $r=+0,569$, $p<0,001$), а со степенью активности БР – отрицательную ($r=-0,180$, $p=0,004$). Необходимо отметить, что показатель КЖ у такой категории больных прямо соотносится с распространенностью ($r=+0,177$, $p=0,006$) и выраженностью ($r=+0,162$, $p=0,012$) артрита.

На КЖ при БР оказывает влияние тяжесть ахилло- и других бурситов (kKU=8,61, $p=0,013$), а также наблюдается корреляция с выраженностью изменений со стороны сердца ($r=+0,131$, $p=0,033$). Тяжесть периферического артрита, энтезопатий, сакроилеита, спондилоартрита и спондилоартроза, урогениталий, глаз, кожи, периферической нервной системы и почек статистически достоверного влияния на уровень КЖ у больных с БР не оказывают (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязь тяжести отдельных признаков БР с показателем качества жизни таких больных

Признаки		Статистический показатель			
		влияние признака на качество жизни		корреляция признака с качеством жизни	
		kKU	p	r	p
Тяжесть	периферического артрита	3,91	0,141	+0,124	0,053
	бурситов, тендинитов	8,61	0,013	+0,090	0,147
	энтезопатий	0,86	0,651	+0,077	0,217
	сакроилеита	1,20	0,549	+0,065	0,300
	спондилита, спондилоартроза	1,48	0,477	-0,086	0,165
	поражения урогениталий	0,23	0,891	-0,030	0,642
	поражения глаз	1,09	0,579	-0,077	0,215
	поражения кожи	0,14	0,931	+0,026	0,684
	поражения периферической нервной системы	1,68	0,432	+0,063	0,317
	поражения сердца	4,44	0,109	+0,131	0,033
	поражения почек	2,71	0,258	-0,082	0,187

Продолжительность заболевания увеличивает частоту таких факторов снижения КЖ, как необходимость лечиться ($c2=13,7$, $p<0,001$), изменения взаимоотношений с друзьями ($c2=17,7$, $p<0,001$) и сослуживцами ($c2=13,8$, $p<0,001$), уменьшение доходов ($c2=19,3$, $p<0,001$), снижение активности в жизни ($c2=16,8$, $p<0,001$) и ограничение в питании ($c2=11,0$, $p=0,001$). Длительность БР не оказывает своего влияния на уменьшение физической ($c2=0,01$, $p=0,915$) и умственной ($c2=0,10$, $p=0,747$) нагрузок, изменения взаимоотношений с родственниками ($c2=0,01$, $p=0,940$), ограничения в трудовой деятельности ($c2=2,82$, $p=0,093$), досуге ($c2=0,30$, $p=0,584$) и половой жизни ($c2=0,66$, $p=0,417$).

Показатель КЖ следует использовать для ин-

тегральной оценки общего состояния здоровья больных БР. Уровень функции опорно-двигательного аппарата и трудовая активность больных являются важными факторами, влияющими на КЖ. К одному из существенных составляющих относятся изменения социального статуса (табл. 3). Ипохондрический, апатический и неврастенический типы отношения к болезни отрицательно влияют на качество жизни больных БР. У 40,1% больных отмечались тревожные расстройства, в формировании которых большое значение придается психоэмоциональным факторам. Типы тревожных расстройств были представлены внутренней напряженностью у 56,3%, ситуацией эмоционального стресса — у 24,3%, тревожно-депрессивными расстройствами — у 19,4%.

Показатели качества жизни больных БР и здоровых людей (M±m, баллы)

Показатели	Группы обследованных	
	больные	здоровые
Здоровье	4,3±0,12	5,3±1,16
Социальное функционирование	5,2±0,27	5,6±0,43
Эмоциональное функционирование	4,7±0,55	6,5±0,49
Удовлетворенность жизнью	4,4±0,68	6,1±1,37
Условия жизни	4,6±0,50	4,8±0,95
Вредные привычки	3,2±0,41	3,1±1,24

Отдельные показатели качества жизни у больных БР и здоровых отличались недостоверно. Это же касалось и усредненных параметров (соответственно 4,4±0,27 балла и 5,2±0,49 балла, kS=1,48, p=0,166, kF=0,31, p=0,111). Между тем в целом, БР оказывает значительное влияние на систему психологических защитных механизмов личности, а, в свою очередь, измененная личность способна воздействовать на эффективность реабилитационных мероприятий у такой категории больных.

Таким образом, установлено снижение КЖ при БР, причины нарушения которого у муж-

чин и женщин отличаются. На КЖ оказывают свое влияние возраст больных, длительность заболевания, степень активности патологического процесса, функция опорно-двигательного аппарата, трудовая активность пациентов и их отношение к болезни, а показатели, характеризующие КЖ, соотносятся с распространенностью и выраженностью артрита, тяжестью бурситов и поражения сердца. Представленные данные необходимо учитывать при комплексной реабилитации больных БР с подключением психотерапевтических методов лечения.

О.В.Синяченко, В.В.Яковленко, О.М.Денисова, Ю.О.Подліна, Г.А.Ігнатенко, І.Ю.Чибісова

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ХВОРОБОЮ РЕЙТЕРА

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

В процесі обстеження 257 хворих на хворобу Рейтера виявлено зниження їх якості життя (ЯЖ), причини порушення якої у чоловіків та жінок різні. На ЯЖ чинять свій вплив вік хворих, тривалість захворювання, ступінь активності патологічного процесу, функція опорно-рухового апарату і відношення пацієнтів до хвороби, а показники, що характеризують ЯЖ, співвідносяться з розповсюдженістю та вираженістю артриту, тяжкістю бурситів й ураження серця. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 87-91)

O.V.Sinyachenko, V.V.Jakovlenko, E.M.Denisova, Yu.A.Podlina, G.A.Ignatenko, I.Yu.Chibisova

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH REITER'S DISEASE

Gorky State Medical University, Donetsk, Ukraine

The study of 257 patients with Reiter's disease has revealed deterioration of their quality of life (QL), its cause being different in the males and females. The QL is influenced by the patients age, the length of his disease, the agree of activity of the pathologic process, functions of the locomotor system, the patients attitude to his disease, while the indices characterizing the QS correlate with the prevalence and pronouncement of arthritis, severity of bursites and the cardiac disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 87-91)

Литература

1. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты и синдром Рейтера / В кн.: Ревматические болезни / Под ред. В.А.Насоновой и Н.В.Бунчука.-М.: Медицина, 1997.-С.324-331.
2. Вуколова Н.В. Лечение пограничных психических расстройств у больных ревматоидным артритом // Рос. психиатр. журн.-1998.-№2.-С.22-26.
3. Дубенский В.В. Болезнь Рейтера // Рос. журн. кожн. венер. болезней.-1999.-№5.-С.26-29.
4. Ковалев Ю.Н. Болезнь Рейтера // ЗППП.-1998.-№1.-С.22-24.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства анализа данных в среде Windows STADIA.-М.: Информатика и компьютеры, 1999.-342с.
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клин. мед.-2000.-Т.78, №2.-С.10-13.
7. Проворогов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. и др. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Клин. мед.-1998.-Т.76, №11.-С.25-27.
8. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом // Клин. мед.-2001.-Т.79, №1.-С.47-49.
9. Barth W.F., Segal K. Reactive arthritis (Reiter's syndrome) // Am. Fam. Physician.-1999.-Vol.60, N2.-P.499-503.
10. Bryant G.A. Reiter's syndrome // Orthop. Nurs.-1998.-Vol.17, N1.-P.57-62.
11. Dougados M. The concept of reactive arthritis // Presse Med.-1997.-Vol.26, N5.-P.204-206.
12. Glazier R. The future of rheumatology: paradigm shift or turf war? // J. Rheumatol.-1996.-Vol.23, N9.-P.1484-1496.
13. Keat A. Reactive arthritis // Adv. Exp. Med. Biol.-1999.-Vol.455.-P.201-206.
14. Pacheco-Tena C., Burgos-Vargas R., Vazquez-Mellado J. et al. A proposal for the classification of patients for clinical and experimental studies on reactive arthritis // J. Rheumatol.-1999.-Vol.26, N6.-P.1338-1346.
15. Pavlica L., Mitrovic D., Mladenovic V. et al. Reiter's syndrome--analysis of 187 patients // Vojnosanit. Pregl.-1997.-Vol.54, N5.-P.437-446.
16. Salek M.S., Luscombe D.K. Health-related quality of life: a review // J.Drug Dev.-1992.-Vol.5, N3.-P.137-153.

Поступила в редакцию 16.03.2002г.

О.Н.Голоденко

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЯМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: депрессивные расстройства, предстарческий и пожилой возраст, социально-демографические факторы.

В современных классификациях психических и поведенческих расстройств (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10) четко проявляется тенденция к расширению диагностических рамок депрессий. Например, в МКБ-10 представлены 26 вариантов депрессивных эпизодов [1]. В клинической практике такое дробление аффективных расстройств, с одной стороны затрудняет поиск адекватных диагностических критериев, с другой, – предполагает достаточно глубокую клиническую дифференциацию всего семейства депрессий [2].

Возникающая при этих состояниях степень социальной дисфункции пациентов определяется тяжестью депрессии. С этой точки зрения умеренные и тяжелые депрессии являются различными заболеваниями: при умеренной депрессии возрастное распределение заболеваний в большей степени связано с социальными факторами, а при тяжелой – с биологическими [3]. Депрессия ухудшает общее самочувствие, выполнение повседневных обязанностей и социально-трудовую деятельность в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания; осложняет их течение и снижает продолжительность и качество жизни [4,5]. Наиболь-

шие проблемы депрессии вызывают у лиц предстарческого и пожилого возраста в силу специфических для этого возраста проявлений тотального физического и психического увядания.

Есть данные о том, что с возрастом происходит трансформация депрессии в сторону меньшей ее выраженности, но большей длительности, а также о значительной частоте депрессий в предстарческом возрасте, по сравнению с пожилым [6], особенно при наличии соматоневрологической патологии [7]. Описана роль стрессогенных факторов в формировании депрессий в пожилом возрасте [8, 9]. Однако дискуссионными остаются многие вопросы относительно реальных предикторов аффективных расстройств и их возрастной динамики. Не достаточно, в частности, описана роль социально-демографических факторов в возникновении депрессий в пожилом возрасте.

Цель настоящей работы: изучить клинико-социальные и демографические особенности больных с депрессивными эпизодами и рекуррентными депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте в период их стационарного лечения в психиатрической больнице.

Материал и методы исследования

С помощью разработанной нами унифицированной экспресс-анкеты, в которой отражены демографические, социальные и клинические особенности каждого пациента, проведен клинико-статистический анализ архивных историй болезни лиц, находившихся на лечении в областной психиатрической больнице города Донецка в 2001 году, в возрасте от 45 до 79 лет. Было выявлено 484 пациента предстарческого и пожилого возраста, страдающих различными депрессивными расстройствами, что составляет 4,3% от общего числа пациентов, находившихся в данной больнице за указанный период. Среди них преобладали женщины (74%), их возраст в среднем составил 65 ± 5

лет, средний возраст мужчин — 53 ± 7 лет.

Из всей совокупности больных с депрессивными расстройствами в предстарческом и пожилом возрасте были выделены две категории пациентов: с депрессивными эпизодами и рекуррентными депрессиями.

Депрессивные эпизоды (ДЭ) различной степени выраженности (F32) были выявлены у 40 человек, рекуррентные депрессивные расстройства (РД) — у 112 человек, что составило 1,3% от общего числа госпитализированных и 31,4% от общего количества больных предстарческого и пожилого возраста с депрессивными расстройствами.

Результаты исследования и их обсуждение

Депрессивные эпизоды. Чаще всего диагностировались умеренные ДЭ без соматических симптомов (F32.10) — 15 человек (40%), умеренные ДЭ с соматическими симптомами (F32.11) — 10 человек (25%), тяжелые ДЭ без психотических симптомов (F32.2) — 4 человека (10%), тяжелые ДЭ с психотическими симптомами (F32.3) — 11 человек (25%).

Женщины составили 60% (24 человека), мужчины 40% (16 человек). У 58% женщин возникновение ДЭ совпало с первыми признаками проявлений климактерического синдрома. Средний возраст обследованных (50 ± 5 лет) — был примерно одинаковым в различных клинических группах. Пациенты предстарческого возраста составили 65%, пожилого — 35%. Преобладали лица со стажем работы более 20 лет (90%). 75% пациентов имели среднее специальное и высшее образование — 75% (40% и 35% соответственно).

Нервно-эмоциональные перегрузки на работе испытывали 35% пациентов, 50% больных имели психотравмирующие ситуации в семье (холодно-формальные отношения, конфликты эпизодические и постоянные), 10% (4 человека) не имели семьи и проживали в одиночестве. У 75% больных возникновению ДЭ предшествовали стрессовые ситуации: длительная болезнь или смерть близкого человека, уход за тяжело больным, конфликтные ситуации на работе, увольнение, понижение в должности, длительное соматическое заболевание, злоупотребление алкоголем, одинокое проживание. Все пациенты имели удовлетворительные условия жизни (свой дом — 15%, отдельная квартира — 85%), однако материальное положение у 60% больных было неудовлетворительным.

Анализ семейного положения показал, что имеют полную семью 60% больных (24 человека), 30% (12 человек) потеряли своего супруга (супругу) по причине их смерти, для 4 из них смерть супруга (супруги) предшествовала настоящей госпитализации в психиатрический стационар. 10% больных находятся в разводе. У всех пациентов есть дети, 20% из них (8 человек) проживают с детьми, в том числе 6 вдовствующих, 2 пациента в разводе.

Основная масса больных (65%) алкоголь в последние годы не употребляет. Злоупотребляют алкоголем до 2-3 раз в неделю 20% (8 чело-

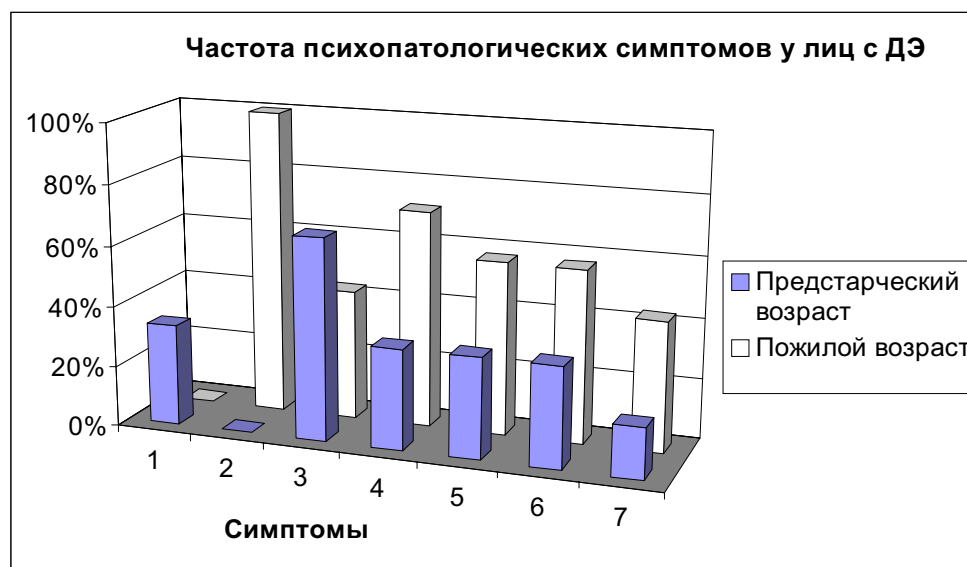
век - 6 мужчин, 2 женщины). Четверо из них (2 мужчины и 2 женщины) в прошлом находились на лечении в наркологическом отделении, 4 пациента стали злоупотреблять алкоголем последние несколько месяцев, в связи с перенесенной ими психотравмирующей ситуацией. Принимают алкоголь эпизодически 15% больных. У 10% больных установлена отягощенная наследственность. Их родственники находились на лечении по поводу депрессивных расстройств и шизофрении.

Соматические заболевания с преобладанием хронической динамики выявлены у 60% больных, в том числе: заболевания сердечно-сосудистой системы — у 40%, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 15%, эндокринные заболевания (сахарный диабет) — у 5%. У 40% пациентов грубой соматической патологии не установлено.

Ранее к психиатру обращались лишь 15% пациентов (лица, злоупотребляющие алкоголем). Остальные пациенты (85%) в психиатрическую больницу были госпитализированы впервые. Возраст возникновения ДЭ составил 45 лет и более (45-59 лет — 65%, 60-79 лет — 35%). Длительность психического заболевания не превышала 5 лет.

Депрессивные эпизоды, проявившиеся в предстарческом и пожилом возрасте, имели ряд общих клинических признаков. В обеих группах они характеризовались подостро возникающим угнетением настроения, снижением общей активности, жизненно важных потребностей и влечений. Непосредственным основанием для госпитализации чаще всего являлись бездеятельность и «мрачные» мысли больных, достаточно рельефно выступавшие в обычной жизни. В 75% случаев ДЭ возникали в условиях острого (реже затяжного) ассоциированного стресса и содержали в себе психологически понятное снижение «аффективного резонанса». У 25% больных ДЭ характеризовались аутохтонными проявлениями витальной тревоги, переживаниями тотального личного и семейного благополучия с клинически очерченными суицидальными тенденциями. В этих случаях речь шла о депрессивных расстройствах психотического регистра.

Возрастные различия клинических проявлений депрессивных расстройств в рамках ДЭ представлены на диаграмме 1.



1. Слуховые галлюцинации. 2. Нарушения когнитивных функций (памяти). 3. Качественные нарушения мышления. 4. Нарушения скорости мышления. 5. Апатия. 6. Суицидальные мысли. 7. Висцеро-вегетативные нарушения.

Из диаграммы 1 видно, что для ДЭ, возникающих в предстарческом возрасте с высокой степенью достоверности более характерными оказались отрывочные слуховые галлюцинации ($p < 0,00025$) и качественные нарушения мышления в виде идей самообвинения и навязчивых мыслей ($p < 0,00065$). В то же время депрессивные эпизоды в пожилом возрасте чаще проявлялись нарушениями когнитивных функций, темпа ассоциативной деятельности, апатией. В этом возрасте в два раза чаще, чем в предстарческом ($p < 0,00065$) встречались суицидальные стигмы и в три раза чаще — висцеро-вегетативные нарушения: тахикардия, сердцебиение, повышение АД ($p < 0,001$).

Следует отметить, что первичный аффективный приступ не исключал возможности его рецидивов с последующей рекуррентной динамикой заболевания, однако дебютная депрессивная симптоматика не содержала клинических признаков, которые можно было бы использовать в качестве надежных предикторов неблагоприятных исходов депрессивных эпизодов.

Рекуррентные депрессивные расстройства.

Больные с рекуррентными депрессивными расстройствами, встречавшимися в 3 раза чаще ДЭ, по степени тяжести аффективных нарушений были разделены на следующие группы: текущий эпизод легкой степени без соматических симптомов — 12 человек (10,7%); текущий эпизод умеренной тяжести — 74 человека (66,0%), в том числе 48 человек (42,8%) с соматическими симптомами; тяжелый текущий эпизод без психо-

логических симптомов — 16 человек (14,3%); тяжелый текущий эпизод с соматическими симптомами — 10 человек (9,0%).

Женщин было 85,7%, мужчин — 14,3%, в том числе в предстарческом возрасте — 86,0%, в пожилом — 14,0%. Все мужчины достигли предстарческого возраста. Женщин в этой возрастной группе было 83,4% (45-55 лет — 60,4%; 55-60 лет — 23,0%), а в пожилом возрасте — 16,6%. 50% больных имели среднее образование, 26,8% — высшее и 23,2% — начальное образование.

Как и в группе пациентов с ДЭ, стаж работы пациентов с РД превышал 20 лет (91%). Пациенты со стажем работы от 20 до 29 лет составили 41%, более 30 лет — 50%, а со стажем от 10 до 19 лет — 9%. Вредности на производстве (нервно-эмоциональные и физические перегрузки) встречались у 32,1% пациентов, психотравмирующие ситуации в семье (холодно-формальные отношения, конфликты эпизодические и постоянные) у 26,8%. 32 человека (28,6%), главным образом женщины (28 человек; 87,5%), составили одиноко проживающие люди, для 16% из них ситуация одинокого проживания явилась хроническим психотравмирующим фактором, что способствовало возникновению очередного обострения РД.

59,0% пациентов состояли в зарегистрированном браке, в разводе находится 32,0% пациентов (женщины - 26,8%, мужчины — 5,3%), вдовствующих пациентов - 9,0% (10 человек). 10,7% пациентов (12 человек) проживают с детьми (4 - вдовствующих, 8 - в разводе). В число одиноко

проживающих вошли 6 вдовствующих и 26 человек, расторгнувших брак. С родителями проживает 3,6% больных (4 человека). 7,1% больных не имеют детей.

Условия проживания пациентов исследуемой группы можно оценить, как хорошие (свой дом — 46,4%, отдельная квартира — 53,6%), материальное положение в основном было удовлетворительное (69,7%), т.е. значительно лучшим, чем у пациентов с ДЭ ($p < 0,001$).

23,2% больных имеют инвалидность (II группа — 12,5%, III группа — 10,7%) в связи с психическим заболеванием. Пациентов с отягощенной наследственностью было 9,0%. Большая часть их родственников находилась на лечении по поводу депрессивных расстройств.

Соматическими заболеваниями страдают 59,0% больных, в том числе заболеваниями сердечно-сосудистой системы — 25,0%, заболеваниями желудочно-кишечного тракта — 23,2%, эндокринными расстройствами — 8,9%, хроническими заболеваниями органов дыхания — 1,8%. Хроническое течение соматического заболевания отмечено у 97,0% больных (длительность более 5 лет — 48,5% больных, от 1 до 5 лет — 48,5%). У 41,0% пациентов серьезной соматической патологии не выявлено.

Ранее к психиатру обращались 91,0% пациентов исследуемой группы. Число госпитализаций от 2 до 5 было у 48,2% больных, от 6 до 10 — у 25,0%, от 11 до 20 — у 10,7%, более 20 — 1,8%. Остальные пациенты (14,3%) — госпитализировались впервые. Тяжесть заболевания не зависела от количества госпитализаций.

У большей части пациентов (62,5%) рекуррентное депрессивное расстройство дебютировало в предстарческом возрасте, а у 12,5% — в пожилом. У остальных пациентов психическое расстройство возникло в возрасте до 45 лет (25,0%). Для 27,0% женщин начало рекуррентного депрессивного расстройства совпало с наступлением климактерического синдрома. Длительность заболевания менее 5 лет установлена у 50,0% пациентов, от 5 до 10 лет — у 21,6%, более 10 лет — у 28,4% больных.

Рекуррентные депрессии в предстарческом и особенно в пожилом возрасте нередко приобретали затяжное течение. Даже в межприступном периоде не происходило полного восстановления психического функционирования. У больных наблюдались различной интенсивности апатические расстройства, что позволя-

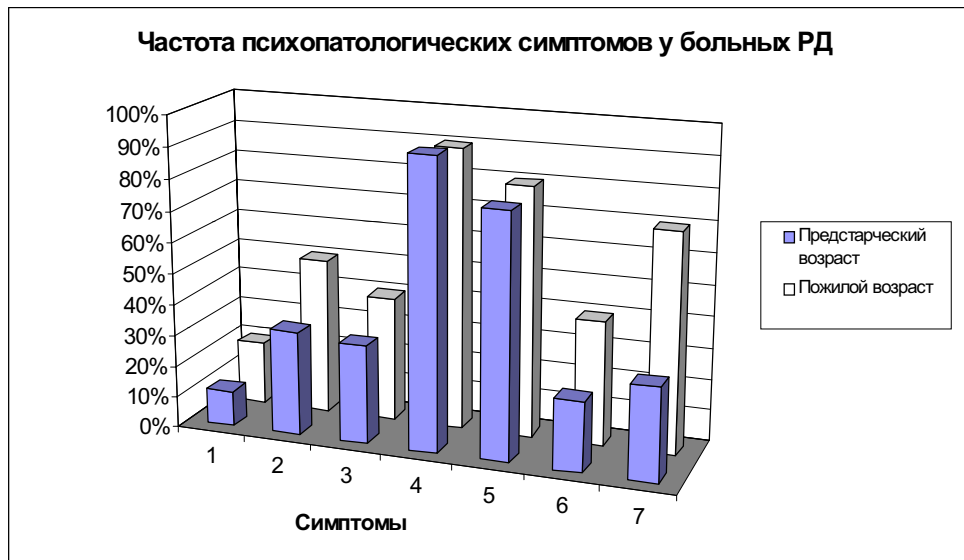
ет рассматривать РД у пожилых как вариант апатической депрессии.

Утяжеление заболевания с возрастом отмечалось у 39,2% пациентов. Оно характеризовалось появлением продуктивной симптоматики, суицидальных попыток, неприятных ощущений в виде сенестопатий. Косвенным подтверждением неблагоприятной динамики явилось увеличение числа койко-дней, проведенных пациентом в клинике. Для 26,0% пациентов число койко-дней в последние 1-2 госпитализации увеличилось от 20 до 30 дней. У 37,5% больных с возрастом число госпитализаций по поводу РД увеличилось. Причем, поддерживающую терапию в промежутках между обострениями принимали нерегулярно 64,2% больных, для 25% из них это стало причиной последней госпитализации. Только 25% больных соблюдали назначения врача и регулярно принимали поддерживающую терапию.

Установлено, что в большинстве случаев возникновению или очередному обострению РД предшествовали стрессовые ситуации. Для 16,0% пациентов психотравмирующей ситуацией явилось длительное проживание в одиночестве. Длительная болезнь или смерть близкого человека, уход за тяжело больным наблюдались у 14,3% больных. Конфликтные ситуации на работе, увольнение, понижение в должности, сложные, эмоционально напряженные, отношения в семье — у 60,7% пациентов. Длительное соматическое заболевание, как фактор, тяжело переживаемый человеком, было выявлено у 3,6% больных. Для 5,4% пациентов обострение заболевания не было ассоциировано со стрессогенными влияниями.

Анализ частоты клинических проявлений депрессий в различные возрастные периоды позволил установить, что в пожилом возрасте достоверно чаще, чем в предстарческом встречаются слуховые галлюцинации ($p < 0,0047$), нарушения когнитивных функций, суицидальные мысли и висцеро-вегетативные нарушения ($p < 0,0034$). Частота других диагностических признаков существенных различий в сравниваемых группах не имела. Наиболее часто встречающимся признаком в этих группах больных оказалось нарушение скорости мышления.

Возрастные различия клинических проявлений депрессивных расстройств в рамках РД представлены на диаграмме 2.



1. Слуховые галлюцинации. 2. Нарушения когнитивных функций (памяти). 3. Качественные нарушения мышления. 4. Нарушения скорости мышления. 5. Апатия. 6. Суицидальные мысли. 7. Висцеро-вегетативные нарушения.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что среди стационарных больных пожилого и предстарческого возраста с депрессивными расстройствами преобладают женщины с умеренно выраженными депрессивными эпизодами и рекуррентными депрессиями. Рекуррентная динамика аффективных расстройств встречается в три раза чаще эпизодических приступов. Выявлено обилие стрессогенных факторов как в отдаленном анамнезе, так и в жизненных ситуациях, непосредственно предшествовавших дебюту или обострению депрессий. Несколько неожиданной оказалась относительно меньшая роль

соматогенных факторов: даже при наличии хронических соматических заболеваний они чаще всего рассматривались как коморбидные состояния, существенно не влияющие на тяжесть депрессии.

Общая возрастная специфика ДЭ и РД проявилась в большей частоте нарушений когнитивных функций и висцеро-вегетативных расстройств в пожилом возрасте.

Установленные социально-демографические особенности депрессий в предстарческом и пожилом возрасте можно использовать для разработки индивидуальных медико-социальных реабилитационных программ.

О.М.Голоденко

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЙ ПЕРЕДСТАРЕЧОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ

Донецький державний медичний університет, Україна

За допомогою оригінальної уніфікованої експрес-анкети проведений клініко-статистичний аналіз 152 архівних історій хвороб осіб у віці від 45 до 79 років. Серед них із депресивними епізодами різного ступеня виявлення – 40 осіб, із рекуррентними депресивними розладами – 112 осіб. Подані демографічні і соціальні характеристики хворим з даними депресивними розладами. Виявлені особливості перебігу депресій у осіб похилого і передстаречого віку. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 92-97)

**CLINIC AND SOCIAL AND DEMOGRAPHIC PECULIARITIES OF DEPRESSIONS IN
ELDERLY AND PRE-SENILE AGE**

Donetsk State Medical University, Ukraine

Clinical and statistical analysis of 152 medical histories of patients aged 45-79 was carried out using original unified express-questionnaire. Among them 40 persons had depressive episodes of various expressivity, 112 had recurrent depressive disorders. Demographic and social characteristics of patients with mentioned depressive disorders are given. Some special features of the course of depressions of elderly and pre-senile individual's are discovered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 92-97)

Литература

1. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель. - Киев, 1999. - 255с.
2. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства – диагностические “невидимки” в психиатрической и общемедицинской практике // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3.-С. 85-90.
3. Bebbington P., Brugha T., MacCarthy B. et al. The Camberwell Collaborative Depression Study: I. Depressed probands: adversity and the form of depression//British Journal of Psychiatry. - 1988. - № 152. - 754-765 p.
4. Monfano B.C. // J. Clin. Psychiatry. - 1994. – 55 (Suppl.12). - P. 18-34.
5. Nemeroff Ch.B. //J. Clin. Psychiatry. - 1994. –55 (Suppl.12). –P. 3-15.
6. Трифонов Е.Г. Клиническая характеристика и эффективность лечения пациентов дневного геронтопсихиатрического стационара // Журн. неврол. и психиатрии. - 1999. - Т.99, № 2. - С. 43-46.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. - 16, 84 с.
8. Brilman EI, Ormel J. Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life // Psychol Med. – 2001. - Jul; 31 (5). - С. 859 - 869.
9. Bron B. Grief and suicidal behavior after losing a close person in endogenous and neurotic reactive depression in advanced age // Schweiz Arch Neurol Psychiatr. - 1991. - 142(3). - С. 219 - 233.

Поступила в редакцию 18.05.2002г.

УДК 616.89-02:547.262-08:615.214.2

*А.Н. Бачериков, В.Н. Кузьминов, П.Т. Петрюк, Н.П. Юрченко***ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКА КЛОПИКСОЛ-АКУФАЗ В ЛЕЧЕНИИ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковская городская клиническая психиатрическая больница № 15 (Сабурова дача), Украина

Ключевые слова: алкогольный делирий, клопиксол-акуфаз, диазепам, лечение

Алкогольный делирий является одним из наиболее частых ургентных состояний, возникающий обычно в состоянии отмены и требующий неотложной специализированной помощи.

В патогенезе алкогольного делирия значительное место занимает изменение обмена катехоламинов, в первую очередь, дофамина, что сопровождается нарушениями других нейромедиаторных и нейромодуляторных систем. Исследованиями показано увеличение содержания дофамина в моче, крови больных по мере утяжеления абстинентного синдрома и достижения максимума при развитии алкогольного делирия. Возбуждение адренергической системы в начальных стадиях алкогольного делирия сменяется ее истощением и угнетением [1].

Традиционно тактика лечения алкогольного делирия заключается в купировании психомоторного возбуждения и борьбе с бессонницей. Это связано с тем, что в большинстве случаев после длительного медикаментозного сна наступает выздоровление. Несвоевременное купирование психомоторного возбуждения ведет к истощению нейромедиаторных систем, что при неблагоприятном течении психоза сопровождается углублением нарушения сознания, отёком, набуханием головного мозга и приводит к летальному исходу [2]. Не менее важными направлениями терапии алкогольного делирия являются коррекция водно-электролитного баланса и других нарушений обмена, нормализация соматоневрологического состояния пациента.

Исходя из концепции первоочередного купирования психомоторного возбуждения, прежде всего, используются для лечения алкогольного делирия препараты, обладающие выраженным седативным действием. Препаратами выбора для купирования психомоторного возбуждения у больных алкогольным делирием являются транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Это обусловлено высокой эффективностью бензодиазепинов

в купировании вегетативной симптоматики в структуре состояния отмены, относительно низкой токсичностью и минимальным отрицательным действием на сердечно-сосудистую систему по сравнению с большинством нейролептиков. Наиболее часто применяемым препаратом является диазепам. Однако, во многих случаях использование одного диазепам в купировании психомоторного возбуждения оказывается недостаточно эффективным. Предлагаемые отдельными авторами высокие дозы диазепам, которые превышают максимально допустимые и рекомендуются для использования, являются токсичными [3]. Применение нейролептиков обусловлено их влиянием прежде всего на дофаминергические, адренергические системы. Использование нейролептиков обосновано высокой частотой смешанных форм алкогольных психозов (имеющих одновременно клинические признаки алкогольного делирия, параноид и галлюциноза) и возможностью перехода одного острого алкогольного психоза в другой (например, алкогольного делирия в алкогольный параноид или галлюциноз, течение которых может принимать хронический характер).

Наиболее используемым нейролептиком в комплексном лечении алкогольного делирия в настоящее время является галоперидол, что связано с его относительно невысоким влиянием на судорожный порог, функцию миокарда и дыхание. Галоперидол наиболее эффективен в сочетании с бензодиазепинами, которые нивелируют его некоторые побочные действия [4].

Назначение аминазина, тизерцина допустимо лишь на начальных стадиях алкогольного делирия у больных, не имеющих соматических противопоказаний к использованию этих препаратов. Это касается прежде всего аминазина. У больных алкогольным делирием на стадии истощения нейромедиаторных систем применение этих препаратов противопоказано [4,5].

С целью купирования алкогольного делирия нами был использован клопиксол-акуфаз (зуклопентиксола ацетат). Выбор данного препарата был обусловлен наличием мощного неспецифического преходящего седативного эффекта, развивающегося в первые часы после инъекции, отчетливым антипсихотическим действием (сопоставимым с инъекционным галоперидолом), относительно низкой частотой побочных реакций и особенностями фармакине-

тики. При этом, ценными свойствами препарата являются быстрая скорость достижения высокой его концентрации в крови, насыщение дофаминергических рецепторов, сохранение упомянутой высокой концентрации в крови (около 48 часов) и постепенное снижение ее к 3-4 дню [6]. Таким образом, длительность действия клопиксол-акуфаза сопоставима с продолжительностью алкогольного делирия, которая составляет от 2 до 8 дней [2,7].

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Центра интенсивной терапии и реанимации психозов Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи). Была изучена динамика клинических проявлений состояния отмены с делирием у 30 больных мужского пола. Возраст больных варьировал от 32 до 45 лет. Длительность злоупотребления алкоголем — 10-20 лет. Период воздержания от алкоголя перед поступлением в стационар составлял 1-3 суток. Все больные на момент исследования находились во 2-й — 3-й стадии алкогольного делирия [2]. В соответствии с МКБ-10 больным был установлен диагноз F 10.40 — состояние отмены алкоголя с делирием. Сразу после клинического и общепринятого лабораторного обследования (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, включающий определение содержания глюкозы, общего белка, желчных пигментов, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, амилазы) больному вводился клопиксол-акуфаз в дозе 50 мг (однократно). Вместе с клопиксол-акуфазом использовался сибазон (диазепам). Первая инъекция сибазона в дозе 20 мг проводилась одновременно с инъекцией клопиксол-акуфаза, повторные - при необходимости в дозе 10-20 мг через 2-6 часов до 40-60 мг в течение суток. В двух случаях был использован один психотропный препарат - клопиксол-акуфаз в дозе 100 мг (однократное введение). Помимо психотропных препаратов больные получали тиамин бромид, рибоксин, аскорбиновую кислоту, сердечно-сосудистые средства, а также проводились дезинтоксика-

ционная терапия, коррекция нарушений водно-электролитного баланса и имеющейся соматоневрологической патологии.

Исследование проводили методом прямого клинического наблюдения. Для объективизации течения психоза использовалась нами разработанная шкала тяжести алкогольного делирия, включающая две субшкалы: 1) психических нарушений; 2) соматоневрологических нарушений. Для оценки побочных действий использовалась общепринятая шкала SAS.

В исследование не включались больные с судорожным синдромом, предшествовавшим развитию делирия, декомпенсированной соматической патологией, пациенты, обращавшиеся ранее по поводу эндогенных психических заболеваний, а также больные с 4-5 стадией алкогольного делирия.

В психическом статусе больных отмечались зрительные галлюцинации в виде паутины, нитей, проволоки, мелких животных, тактильные галлюцинации, аффективные нарушения различной модальности, психомоторное возбуждение. У всех больных выявлялась разной степени выраженности дезориентировка в месте и во времени. Контакт с больными был фрагментарным. Отмечались различные формы расстройств сна вплоть до бессонницы.

В соматоневрологическом статусе обследованных больных отмечались выраженный общий гипергидроз, багровый оттенок лица, обложенность белым налетом языка, тремор пальцев рук, языка, век, выраженная тахикардия, у некоторых больных отмечались миоз, преходящая анизокория, явления менингизма.

Результаты исследования и их обсуждение

Летальности в пролеченной группе больных не отмечалось.

Средняя продолжительность психоза (29 пациентов) составила $3,0 \pm 0,42$ суток. Психотичес-

кая симптоматика в виде галлюцинаторных переживаний и острого образного бреда полностью редуцировались после медикаментозного сна и пробуждения больных. У больных 2-й ста-

дии алкогольного делирия оказалось возможным проведение монотерапии психомоторного возбуждения и психотической симптоматики (шесть пациентов) путем однократного внутримышечного введения 100 мг препарата клопиксол-акуфаз. У этих больных выраженная седация отмечалась уже ко 2 часу, а через 8 часов в большинстве своем психомоторное возбуждение купировалось и наступал длительный медикаментозный сон.

В лечении большинства больных использовался сибазон. При сочетанном применении с клопиксол-акуфазом средняя доза сибазона, необходимая для достижения медикаментозного сна и купирования психоза, составила $40 \text{ мг} \pm 5,0$ в сутки.

Постпсихотическая астения, длительность которой составила $5,0 \pm 1,7$ суток, проявлялась сонливостью, вялостью, рассеянностью, временным снижением когнитивных функций. У многих больных отмечалась полная или частичная амнезия психотического эпизода. При этом, отмечалась негрубая дезориентировка в месте и во времени по выходу из психоза.

Редуцирование соматоневрологической симптоматики, характерной для состояния отмены с делирием происходило параллельно с купированием психотической симптоматики.

У больных, получавших клопиксол-акуфаз, не отмечалось рецидивирующее течение психоза и резидуальной психотической симптоматики. У одного больного отмечалось затяжное течение психоза (до 12 суток), со сменой делириозной симптоматики на аментивную и наличием признаков отека-набухания головного мозга (оглушения, крупноразмашистого нистагма, ограничения движения глазных яблок, слабости реакций зрачков на свет, явлений менингизма).

Частота побочных эффектов у больных в состоянии отмены алкоголя с делирием при использовании клопиксол-акуфаза была небольшой при малой степени выраженности. Некоторые клинические симптомы (тремор, потливость, неусидчивость), несмотря на то, что часто описываются как побочные действия нейролептиков, у обследованных больных достоверно оценены быть не могли, так как были значительно выражены до введения препарата. При оценке других типичных проявлений нейролеп-

тического синдрома, описанного при применении клопиксола, таких как дистония, ригидность, сухость во рту, длительно непроходящая сонливость после пробуждения, встречались редко (у 6 (26,6%) больных) и были слабой степени выраженности. Сонливость у больных, не получавших клопиксол-акуфаз, расценивалась как проявление постпсихотической астении. При проведении лабораторных исследований у большинства больных до введения клопиксол-акуфаза отмечались повышение активности ферментов крови аминотрансфераз АСТ и АЛТ, разной степени выраженности лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорением СОЭ, что было связано с имеющейся соматоневрологической патологией. Однократное введение препарата клопиксол-акуфаз в дозе 50 мг не отражалось на клинических и биохимических анализах крови и мочи. Имеющиеся до введения клопиксол-акуфаза отклонения от нормальных показателей биохимические и клинические анализы крови и мочи нормализовались в процессе проводимой терапии.

Суммируя вышеизложенные данные о применении клопиксол-акуфаза (зуклопентиксол ацетата) в лечении состояния отмены алкоголя с делирием, можно сделать следующие выводы:

1. Клопиксол-акуфаз обладает высокой антипсихотической активностью в отношении острого алкогольного делирия.

2. При купировании алкогольного делирия целесообразно использование клопиксол-акуфаза в сочетании с сибазоном (диазепамом).

3. Сочетанное использование клопиксол-акуфаза и сибазона позволяет купировать психомоторное возбуждение и психоз в целом в течение 72 часов у большинства больных со средней тяжестью алкогольного делирия.

4. Наиболее эффективно использование клопиксол-акуфаза на ранних стадиях состояния отмены алкоголя с делирием, что позволяет в отдельных случаях проводить терапию с использованием одного вышеупомянутого нейролептика (монотерапию) либо сочетанно с невысокими дозами диазепама (до 40-60 мг в сутки).

5. При проведении лечения не было выявлено существенных побочных действий клопиксол-акуфаза, требующих специальной терапии.

А.М. Бачериков, В.Н. Кузьмінов, П.Т. Петрюк, М.П. Юрченко

ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОЛЕПТИКА КЛОПІКСОЛ-АКУФАЗ В ЛІКУВАННІ СТАНУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЯ З ДЕЛІРІЄМ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харківська міська клінічна
психіатрична лікарня № 15 (Сабурова дача), Україна

Досліджена можливість застосування нейролептика клопіксол-акуфаз в лікуванні стану відміни алкоголю з делірієм. Показана його висока ефективність при призначенні разом із діазепамом. Не виявлено суттєвих побічних дій клопіксол-акуфаз при застосуванні у хворих на алкогольний делірій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 98-101)

A.N. Bacherikov, V.N. Kusminov, P.T. Petryuk, N.P. Yurchenko

THE APPLICATION OF CLOPIXOL-ACUPHASE FOR TRIETMENT ALKOHOL WITHDRAWAL SYNDROME WITH DELIRIUM

The Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine, Kharkiv Municipal Clinical
Psychiatric Hospital №15 (Saburova dacha), Ukraine

The possibillity of using clopixonol-acuphase in trietment alcohol withdrawal syndrome with delirium was investigated. The high efficacy took place, when clopixonol-acuphase was used together with diasepam. There were no the complication of using clopixonol-acuphase during the trietment alcohol delirium. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 98-101)

Литература

1. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез)// Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца - М.: «Нолидж», 2000.- С.16-40.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна.- М.: Медицина, 1983. - 432 с.
3. Walilevski Dariusz et al. Assesment of diazepam loading dose therapy of delirium tremens// Alcohol and Alcoholism.-1996. - 31, 3. - P.273-278.
4. Наркология: Пер. с англ. / Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. - М.; СПб.: "Бином"- "Невский проспект", 1998.-318с.
5. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1988.- 528с.
6. Напреенко О.К. Клопіксол, флюанксол і ципраміл в лікуванні основних форм психічних розладів // Український вісник психоневрології. - 1999.- Т.7. – Вип.4 (22). - С.76-78.
7. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма.- М.: Медицина, 1990.- 416 с.

Поступила в редакцию 21.02.2002г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616-006.446.2-053.2:616.8

*Е.В. Вильчевская***НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ, ЗАБОЛЕВШИХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ**

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, детский онкогематологический центр, г.Донецк

Ключевые слова: познавательная сфера, острый лимфобластный лейкоз у детей, нейропсихологические показатели.

Увеличение числа детей, выживших после острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), диктует необходимость изучения последствий противолейкемического лечения для различных органов и систем. Однако не менее важным, на наш взгляд, является изучение состояния познавательной сферы в период диагностики заболевания. Эта информация позволит четко разграничить повреждающее действие на познавательную сферу прежде всего самой болезни и проводимого в последующем агрессивного противолейкозного лечения.

Для изучения состояния познавательной сферы на диагностическом этапе нами был оценен нейропсихологический статус 56 детей (32 мальчика и 24 девочки) в возрасте от 6,1 до 12 лет (средний возраст $8,9 \pm 1,7$), заболевших ОЛЛ. Контрольную группу составили 53 школьника, которые учились в общеобразовательной средней школе №37 г.Донецка в различных классах: 2, 4, 6. Эти дети были здоровы, имели среднюю успеваемость и были в возрасте от 7 до 12 лет (средний возраст $9,2 \pm 1,67$).

Диагноз ОЛЛ был установлен в детском онкогематологическом центре ИНВХ АМН Украины в период с ноября 1995 г. по декабрь 1998г. Исследованные нами больные находились в развернутой фазе ОЛЛ и имели выраженные клинические проявления болезни. Симптомы общей интоксикации отмечались у 43 детей, у 37 детей был выражен анемический, у 26 - геморрагический и у 18 - костно-суставный синдромы. Селезенка была увеличена у 47 больных и только у 9 детей она не была увеличена. Все дети были подвергнуты специальному гематологическому обследованию, включающему анализ периферической крови, исследование пунктата костного мозга. В периферической крови выявлялась различная степень анемии (<50 и

>90 Т/л), лейкоцитоз (<1.3 и >45 Г/л), тромбоцитопения (<8 и >35 Т/л). Пунктат костного мозга у 51 больного был инфильтрирован лимфобластами более 50% и только у 5-х был менее 50%. У 31 больного клеточность костного мозга была нормальной, у 17 - гиперклеточность и у 8 пациентов отмечалась гипоплазия. Практически у всех имело место значительное уменьшение эритрономбластного и гранулоцитарного ростков, клетки мегакариоцитарного ряда отсутствовали у 29 больных.

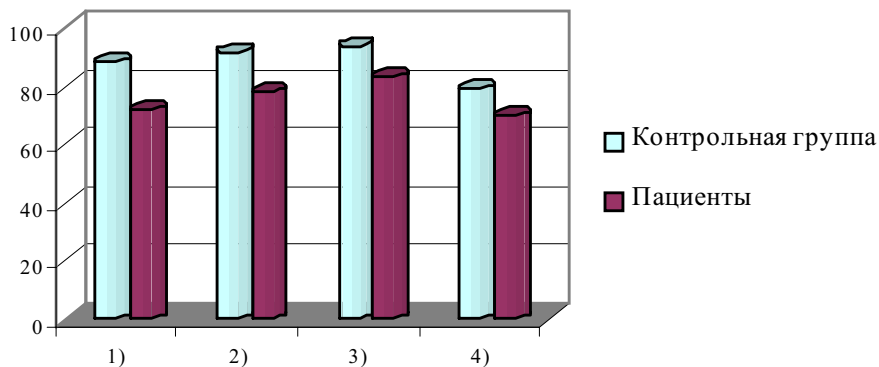
Обе категории обследованных были разделены на две возрастные группы (дети от 6 до 8 лет и от 9 до 12 лет), что связано с возрастными особенностями формирования высших психических функций (ВПФ).

Нами был оценен нейропсихологический статус по 19 методикам, которые были сгруппированы в 5 основных блоков: I. Произвольные движения. II. Слухо-речевое запоминание. III. Тактильный, зрительный и слуховой гнозис. IV. Пространственные представления и зрительно-конструктивная деятельность. V. Произвольное внимание. На основании данных проб необходимо было оценить состояние ВПФ в целом и определить, какие познавательные функции в их структуре страдают наиболее значимо.

Результаты выполнения всех проб, за исключением одной (серийное выполнение движений) были снижены по сравнению с контрольной группой. Достоверное снижение результатов ($p < 0,005$) было отмечено в пробах на заучивание серии из 5 слов и 5 фигур, слухоречевое и зрительное запоминание в условиях интерференции (рис. 1). Динамика выполнения в группе больных отличалась в сторону увеличения числа ошибок. Наибольшее снижение результатов отмечалось сразу в двух модальностях. Таким образом, страдал прежде всего мнестический блок. На пер-

вое место по характеру нарушений выступали трудности запоминания порядка предъявляемых стимулов (правополушарная адресация), также страдал объем запоминания (левое полушарие).

Снижение результатов выполнения сразу в двух модальностях (зрительной и слуховой) говорит о дефицитности не только латеральных, но и подкорковых диэнцефальных структур.



- 1) заучивание 5 фигур;
- 2) заучивание 5 слов;
- 3) зрительное запоминание в условиях интерференции;
- 4) слухоречевое запоминание в условиях интерференции

Рис.1. Результаты выполнения нейропсихологических проб у детей с ОЛЛ и контрольной группы

Следующий блок, результаты которого достоверно отличались от группы нормы,

был блок на произвольное внимание (табл. 1, 2).

Таблица 1

Среднее время поиска чисел (от 1 до 25) в таблицах Шульте (сек.) больными с ОЛЛ и детьми контрольной группы

Группы	Возраст, лет	Числа в таблицах Шульте				
		1-5	6-10	11-15	16-20	21-25
Больные ОЛЛ	6-8 (6,14±1,63) n=21	22	21	30**	29*	31
	9-12 (10,4±0,97) n=35	3	14	25	24*	23
Контрольная группа	6-8 (6,92±0,65) n=19	13	15	26	25	30
	9-12 (10,27±1,14) n=34	10	13	15	14	12

* - один больной, не выполнивший задание до данной таблицы

** - двое больных не выполнили задание до данной таблицы

Среднее время поиска всех чисел (от 1 до 25) в таблицах Шульте в секундах больными с ОЛЛ и детьми контрольной группы

Группы	Возраст, лет	№ таблицы Шульте				
		1	2	3	4	5
Больные ОЛЛ	6-8 (6,14±1,63) n=21	130	135	120	118	122
	9-12 (10,4±0,97) n=35	70	72	75	68	66
Контрольная группа	6-8 (6,92±0,65) n=19	95	125	118	94	90
	9-12 (10,27±1,14) n=34	62	60	63	62	55

Как видно из представленных таблиц, в группе пациентов было увеличено время поиска чисел в натуральном ряду от 1 до 25 в 5-ти таблицах Шульте. 4 больных в результате утомления не смогли до конца выполнить все 5 таблиц. К концу задания в младших группах равномерно увеличивалось время поиска чисел, в то время как в контрольной группе на выполнение 4-й и 5-й таблиц уходило меньше времени, чем на предыдущие. По результатам выполнения других проб значимых различий получено не было. Динамика выполнения характеризовалась быстрой утомляемостью, истощаемостью, а также отсутствием эффекта «вработываемости».

В блоке на произвольные движения больше ошибок встречалось в пробах на пространственный праксис (пробы Хэда). Однако эти различия не были достоверными.

Тактильный, зрительный и слуховой гнозис был снижен по сравнению с контрольной группой достаточно равномерно. Во всех видах гнозиса наблюдалось снижение результатов на уровне 5-7% по сравнению с контрольной группой. Равномерно была снижена оценка серийных и воспроизведение акцентированных ритмов, что свидетельствовало об одинаковой заинтересованности латеральных структур.

В блоке на пространственные представления и зрительно-конструктивную деятельность наибольшие трудности вызывало задание на рисование геометрических фигур, связанных про-

странственными отношениями (различие с нормой на уровне 8%). Наиболее выражено это было в младшей группе. Пациенты чаще делали ошибки в заданиях на соотнесение двух фигур («квадрат внутри круга»), а также фраз («брат отца», «отец брата»). В пробе на копирование рисунка и куба выполнение задания многим детям в младшей группе было не доступно в передаче объема изображения. Однако в норме такие трудности также имели место.

Таким образом, в период диагностики заболевания мы выявили достоверное снижение нейропсихологических показателей по сравнению с нормой. Основные нарушения касались мнестического блока, что свидетельствовало об общем снижении результатов запоминания в двух модальностях и о дефицитности диэнцефальных структур с влиянием на широкую височную зону. Ухудшение результатов выполнения проб на произвольное внимание, а также равномерное снижение результатов выполнения по остальным пробам говорило о преимущественном нарушении «энергетического» блока, обеспечивающего функционирование высших психических функций. В связи с тем, что обследование было сделано до начала противолейкемического лечения, то обнаруженные более худшие результаты выполнения нейропсихологических проб больными детьми, по сравнению с контрольной группой, свидетельствовали об отрицательном влиянии болезни на состояние познавательной сферы.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ ГОСТРИМ ЛІМФОБЛАСТНИМ ЛЕЙКОЗОМ

Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України, дитячий онкогематологічний центр,
м.Донецьк

Гострий лімфобластний лейкоз є важким захворюванням, що не тільки вражає кістковий мозок, різні органи і системи, але і негативно впливає на формування вищих психічних функцій дитини. У результаті обстеження груп здорових дітей і захворілих гострим лімфобластним лейкозом ми виявили істотну різницю у виконанні нейропсихологічних проб (у мнестичному блоці, пробах на довільну увагу, а також рівномірне зниження результатів виконання по інших пробах). На наш погляд це свідчило про негативний вплив хвороби на стан пізнавальної сфери. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 102-105)

E.V. Vilchevskaya

NEUROPSYCHOLOGICAL INDICES AT CHILDREN FALLEN ILL WITH THE ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

Institute of Urgent and Reconstructive Surgery of AMS of Ukraine, children's oncohaematological centre,
Donetsk

Acute lymphoblastic leukemia appears to be a serious disease, affecting marrow, different organs and systems, and exerting a negative influence upon the formation of higher psychical functions. As a result of examination of groups of healthy children and children fallen ill with acute lymphoblastic leukemia we have revealed a considerable difference in carrying-out the neuropsychological tests (in mnestic block; arbitrary attention tests, and also even decrease of the results of other tests) carrying-out. In our opinion it testifies to the negative affect of the disease on cognitive sphere state. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 102-105)

Литература

1. Буянов М. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков.- М., Рос. общество медиков-литераторов, 1995.- 192 с.
2. Волошин П.В. Актуальні питання дитячої психіатрії // Матеріали наради семінару дитячих психіатрів України, м.Харків, 1994.- 164 с.
3. Микадзе Ю.В. Корсакова Н.К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников.- М., ИнтелТех.,1994.- 273 с.
4. Нестерова А.В. Отдаленные психологические последствия проведенной в детском возрасте противоопухолевой терапии.: Дисс.раб. ... канд.психол. наук.- М., 1998.- 182 с.
5. Симерницкая Э. Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90».- М., 1991.- 48 с.
6. Beck J.D., Meier W., Hertzberg H. et al. Different forms of CNS-prophylaxis and their implications on CNS-alterations and neuropsychological functioning of former ALL-patients // Med. Pediatr. Oncol.- 1994.- Vol. 23.- P.259.
7. Butler R.W., Hill J.M., Steinerz P.G. et al. Neuropsychologic effects of cranial irradiation, intrathecal methotrexate and systemic methotrexate in childhood cancer // J. Clin. Oncol.- 1994.- Vol.12.- P.2612-2629.
8. Jancovic M., Brouwers P., Valsecchi M.G. et al. Association of 1800 cGy cranial irradiation with intellectual function in children with acute lymphoblastic leukaemia. // Lancet.- 1994.- Vol.344.- P.224-227.
9. Kato M., Azuma E., Ido M. et al. Ten-year sunev of the intellectual deficits in children with acute lymphoblastic leukemia receiving chemotherapy // Med. Pediatr. Oncol.- 1993.- Vol.21.- P.435-440.
10. Korinthenberg R., Igel B. Prospective neurophysiological study in children treated for acute leukemia: serial EEG during treatment and long-term follow up with evoked potentials // Pediatrics Springer-Verlag.- 1990.- P.217-130.
11. MacLean W.E., Noll R.B., Stehbins J.A. et al. Neuropsychological effects of cranial irradiation in young children with acute lymphoblastic leukemia 9 months after diagnosis // The Children's Cancer Group. Arch. Neurol.- 1995.- Vol.52.- P.156-160.
12. Mulhern R.K., Kovnar E., Lngaston J. et al. Long-term survivors of leukemia treated in infancy: factors associated with neuropsychologic status // J.Clin. Oncol.- 1992.- Vol.10.- P.1095-1102.
13. Ochs J.J., Mulhern R.K., Fairclough D. et al. Comparison of neuropsychologic functioning and clinical indicators of neurotoxicity in long-term survivors of childhood leukemia given cranial radiation or parenteral methotrexate A prospective study // J.Clin. Oncol.- 1991.- Vol.9.- P.145-151.
14. Paakko E., Harila-Saari A., Vanionpaa L. et al. White Matter Changes on MRI During Treatment in Children With Acute Lymphoblastic Leukemia: Correlation With Neuropsychological Findings // Medical and Pediatric Oncology.- 2000.- Vol.35.- P.456-461.
15. Ueberall M., Wenzel D., Hertzberg H., Langer T. et al. CNS Late Effects After ALL Therapy in Childhood. Part II: Conventional EEG Recordings in Asymptomatic Long-Term Survivors of Childhood ALL – An Evaluation of the Interferences Between Neurophysiology, Neurology, Psychology, and CNS Morphology // Medical and Pediatric Oncology.- 1997.- Vol.29.- P.121-131.
16. Waber D.P., Tarbell N.J., Kahn C.M. et al. The relationship of sex and treatment modality to neuropsychologic outcome in childhood acute lymphoblastic leukemia. // J. Clin. Oncol.- 1992.- Vol.10.- P.810-817.
17. Wechsler D. Manual for the Wechsler preschool and primary scale of intelligence.- Helsinki: Psychologien Kustannus, 1977.- 374 p.
18. Wilson D.A., Nitschke R., Bowman M.E. et al. Transient white matter changes on MR images in children undergoing chemotherapy for acute lymphocytic leukemia: correlation with neuro-psychologic deficiencies // Radiology.- 1991.- Vol.180.- P.205-209.

Поступила в редакцию 16.01.2002г.

УДК 616.89-008.441.13-071

*С.В. Білоус***ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ КЛІНІКИ АЛКОГОЛІЗМУ**

Тернопільська державна медична академія ім. акад. І.Я.Горбачевського, Україна

Ключові слова: алкоголізм, патоморфоз.

В цивілізованих країнах смертність від алкоголізму і його ускладнень в теперішній час, згідно даних ВООЗ, займає третє місце після серцево-судинних і онкологічних захворювань.

Своєчасна діагностика, а відповідно лікування і профілактика ускладнень алкогольної хвороби являються вельми актуальними, враховуючи факт сучасного патоморфозу основних проявів алкоголізму, так як суттєве погіршення соціально-економічної та екологічної ситуації в нашій країні закономірно призвело до видозміни багатьох соматичних та психічних захворювань, в тому числі і алкоголізму, що затруднює ранній вияв захворювання [1-3].

Переважає більшість хворих алкоголізмом (близько 83%) вживає неякісні сумнівного походження дешеві алкогольні напої. У них формується зішаний («хаотичний») тип вживання алкоголю, який мозаїчно включає запійну, безперервну і пароксизмальну форми з переважанням запійного компоненту. В структурі типів сп'яніння домінує сомнолентний із швидким формуванням амнестичних форм сп'яніння.

На клініку алкоголізму суттєво впливає аліментарний фактор, обумовлений зубожінням населення. Вживання підвищено токсичних спиртних напоїв в поєднанні з недостатнім малокалісним харчуванням призводить до зростання частоти і потяжчання соматоневрологічної патології, так як різко знижуються захисні можливості організму, в основі яких лежить імунологічна реактивність.

Алкоголізм призводить до напруження гуморальної складової В-системи і достовірного зниження Т-системи імунітету при II стадії та вираженого погіршення всіх показників імунологічної реактивності при III стадії. За останні 10-12 років смертність в наркологічних стаціонарах зросла у 8-17 разів, при чому найчастіше хворі вмирають від зливних пневмоній.

Характерною особливістю сучасного алкоголізму є швидке формування II стадії. Практично не діагностується I стадія алкоголізму, при якій

ще не порушена соціальна адаптація хворого, відсутні соматоневрологічні ускладнення. Тривалість I стадії зменшилась від 3-5 років до 1-2. В більшості випадків такі хворі з короткотривалим перебігом I стадії в поле зору наркологів не попадають. Значно швидше, ніж в у 80-ті роки, формується виражений алкогольний абстинентний синдром, при якому превалює психічний (тривога, безсоння, метаморфопсії, елементи дереалізації) компонент над соматовегетативним.

Хронічна алкогольна енцефалопатія (ХАЕ) раніше зустрічалась дуже рідко, в кінцевому періоді третьої стадії алкоголізму. В теперішній час перші ознаки починають проявлятися в II стадії алкоголізму, практично відразу після формування розгорнутої картини алкогольного абстинентного синдрому. Якщо раніше в кінці першої, на початку II стадії алкоголізму переважали явища невротизації, а вже пізніше формувалась психопатизація і лише в третій стадії приєднувались ознаки соціальної дезадаптації на фоні психорганічного синдрому, то тепер явища соціальної дезадаптації маніфестують поряд з формуванням психопатизації вже на початку другої стадії. Якщо раніше в структурі психопатичних змін особистості переважали збудливі форми, то зараз – апатичні, які більш неблагоприємні в плані психологічної і соціальної корекції.

Основні інстинкти у хворих з ХАЕ атрофовані. Соціальні прояви інстинкту самозбереження (намагання втриматись на роботі, пошук нової роботи, активна боротьба за житло) перестають їх цікавити. Навіть коли таким хворим належить отримання пенсії за інвалідністю, вони не прикладають зусиль для її оформлення (інколи це роблять родичі). Такі хворі здебільшого втрачають родинні зв'язки, не цікавляться ні батьками, ні дітьми. Сімейні відносини мають характер співпроживання. У переважності більшості (близько 78 відсотків) це співпроживання носить негативно-доповнюючий варіант дизгармонійних відносин, а у решти – псевдопозитивно-доповнюючий варіант псевдогармонійних відносин.

Якщо раніше у хворих на енцефалопатію на перше місце виступали явища зниження моральності і самооцінки, а значно пізніше до них приєднувались явища гіпооргізму, обумовлені руховою загальмованістю і загальною фізичною слабкістю, то тепер ці симптомокомплекси у часі помінялись місцями із зростанням компоненту інтелектуальної недостатності. Мабуть, загальна фізична слабкість, рухова загальмованість і явища астенизації обумовлені аліментарним фактором. Якщо раніше більшість хворих після купування гострих явищ абстиненції «нудились» без роботи і, буквально, вимагали зайняти їх любим видом трудотерапії, то теперішні пацієнти наркостационарів не цікавляться ніякою трудовою діяльністю.

Спонтанних ремісій серед хворих з ХАЕ не спостерігається. Ремісії після лікування хворих II стадією алкоголізму розвиваються рідко (у 2-3 відсотків), вони короткотривалі і неякісні, тоді як 10 років тому частота стійких (більше року) ремісій досягала 30 відсотків.

Важливе значення в діагностиці алкоголізму має вміння розпізнати характерні стигми хронічної алкогольної інтоксикації при огляді та загальноприйнятому обстеженні хворого: неохайний

вигляд, набрякле обличчя, набряклість і тремор повік, пальців рук, язика, «мішки» під очима, розширення судин носа та щік, гіперпігментація шкіри відкритих частин тіла, схильність до транзиторного підвищення артеріального тиску, тахікардія, стійкий червоний дермографізм, атрофія м'язів стопи. Внаслідок ослаблення тону м'язів обличчя утруднюється посмішка. Знижується корнеальний, кон'юнктивальний і надбрівний рефлекс, порушується вібраційна чутливість в ділянці обличчя, зявляється сухість, лущення та гіпергідроз шкіри чола та щік. Доволі часто виявляється гіпергідроз дистальних відділів кінцівок (феномин роси) – дрібні блискучі краплини поту на шкірі долонь і пальців. Особливе діагностичне значення має наявність у хворого перелічених ознак в поєднанні з виявленою в анамнезі соціально-професійною деградацією.

Таким чином, прояви алкоголізму в останні роки зазнали суттєвих змін. Знання основних особливостей патоморфозу алкогольної хвороби сприятиме більш ранній діагностиці даного захворювання як наркологами, так і лікарями-інтерністами, що безумовно, підвищить ефективність лікування та заходів вторинної і третинної профілактики.

С.В. Белоус

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА

Тернопольская государственная медицинская академия им.акад. Горбачевского, Украина

Изучены и обобщены некоторые особенности современного патоморфоза алкоголизма. Знание их будет способствовать более ранней диагностике заболевания как наркологами, так и врачами-интернистами, что повысит эффективность лечения и мер вторичной профилактики. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - № 1 (9). - С. 106-107)

S.V.Bilous

THE SOME FEATURES OF MODERN CLINIC OF ALCOHOLISM

Ternopil State Medical Academy by I.Y.Gorbachevsky, Ukraine

Are investigated and are generalized some of feature modern pathomorphosis of alcoholism. The knowledge them will promote earlier diagnostics of disease as the substance abusers, and the therapeutists, that will raise efficiency of treatment and measures of secondary preventive maintenance. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 106-107)

Література

1. Дегтяр В.В., Яшук В.Т., Несторович Я.М. та ін. Динаміка рівнів невротизації та психопатизації у хворих хронічним алкоголізмом. //Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 25-27.
2. Купrienko И.В. Место запойного пьянства в клинике

алкоголизма. //Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 38-390.

3. Чайка С.В., Слабунов О.С. К вопросу о патоморфозе хронического алкоголизма //Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 68-70.

Поступила в редакцию 21.04.2002г.

*И.В. Ганзин***ВЛИЯНИЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ НА СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РЕЧИ И МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (К ДИСКУССИИ О ПРИРОДЕ РАЗОРВАННОСТИ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ – С ПОЗИЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ)**

Крымская республиканская клиническая психиатрическая больница №1, Украина

Ключевые слова: психофармакотерапия, шизофрения, речевое поведение

Проблема выявления сущности происходящих при шизофрении речевых расстройств, генеза формальных расстройств мышления и модифицирующего на них влияния психофармакотерапии, в частности терапии нейролептиками, является актуальной для современной клинической психиатрии.

Значительный интерес представляет дискуссия о природе разорванности мышления, незавершенная и в настоящее время: являются ли указанные расстройства органическими или имеют функциональную природу. Случевский Ф.И., Kleist К. [2,13] рассматривали эти нарушения как органические, находя параллели с явлениями моторной и сенсорной афазии. Татаренко Н.П. и Лебединский М.С. [1,2] отмечали лишь формальное сходство афатических и шизофренических расстройств, выделяя четкие клинико-психологические критерии дифференциации. Блейхер В.М. [1] подчеркивал, что динамичность феномена разорванности, его связь с клиникой, возможность спонтанного и терапевтического обратного развития подтверждает отсутствие связи с органическими деструктивными расстройствами и изменениями. В то же время Andreasen N.C. [3,15], опираясь на современные параклинические [11,16], нейрохимические [5], молекулярно-генетические [9], нейропсихологические [4] исследования в области шизофрении указывает на четкие корреляции клинической картины, особенностей мышления и когнитивной деятельности с выявляемыми локальными органическими изменениями головного мозга: поражение дорсолатеральной префронтальной ассоциативной коры - преобладание негативной симптоматики, поражение лимбической системы – ярко выраженная продуктивная симптоматика, диффузная атрофия – злокачественное течение с ранним дефектом; поражение левой ви-

сочной зоны — выраженность аффективных расстройств [15].

Стов Т.Д. [6,8] указывает на выявляемое при постмортальных морфологических исследованиях уменьшение асимметрии кортикальных объемов. Нейрофизиологические исследования [10] демонстрируют зависимость языка от баланса специализации и кооперации полушарий, которые уменьшались у больных шизофренией. Указанный феномен может снижать или отрицать распределение специфических функций в каждом полушарии. Изменениями в латерализации Стов Т.Д. объясняет нарушения речи у больных, проявление аутизма, символического мышления, предполагая, что эти дисфункции первичны. Позитивные симптомы и, в частности, симптомы первого ранга Шнайдер К., он связывает с нарушением нейронной организации речи, нарушением межполушарных связей, подтверждая недостаточность лингвистических процессов изучением семантических, синтаксических и дискурсивных структур [6,12,14]. Развивая данную теорию, Стов Т.Д. [7] выдвигает гипотезу о том, что, возможно, шизофрения является своего рода нейролингвистической платой за существование речи у человека.

Ряд авторов [3,9,10,15] указывают на внесение органического фона нейролептиками в структуру речевых особенностей и расстройств мышления.

Целью настоящего исследования являлось сопоставление особенностей речевого поведения больных шизофренией с выраженными дефицитарными расстройствами длительно получающих нейролептическую терапию и никогда ранее не лечившихся, для выявления модифицирующего влияния последней на речь и особенности мышления, а также вклад в структуру психического дефекта.

Материал и методы исследования

В задачи входило описание всех аспектов речевого поведения сравниваемых групп, определение сущности изменений по мере нарастания выраженности дефицитарной симптоматики.

Нами исследовалось речевое поведение двух групп больных шизофренией с выраженными дефицитарными расстройствами:

1-я — впервые госпитализированные и никогда ранее не получавшие медикаментозного лечения — 10 больных (по 5 мужчин и женщин), средняя длительность заболевания — $5,47 \pm 2,41$ лет;

2-я — больные длительно и регулярно принимающие нейролептики — 10 (по 5 мужчин и 3 женщины), средняя длительность заболевания

— $5,8 \pm 2,2$ лет, среднее количество госпитализаций — $4,2 \pm 1,3$.

Обе группы имели сопоставимые клинические характеристики — показатели по шкале PANSS-I: $103,95 \pm 2,1$ и $101,32 \pm 3,1$.

Речевое поведение изучалось по разработанной нами методике комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах, рассматривающие вербальные и невербальные (кинестические и просодические) особенности коммуникативной активности больных в их взаимодействии, посредством клинко-этологического и комплекса методов лингвистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Выявлены следующие различия сравниваемых групп:

1) У больных, получавших психофармакотерапию, отмечались более структурированные и завершенные представления о собственной болезни, ее внутренняя картина была сформирована, что находило отражение в большей степени критичности. Психосемантические пространства носили более дифференцированный характер, что проявлялось в субъективной картине мира и интегрированных аспектах самосознания. Коммуникативный арсенал этих больных отличался большей широтой и определенными прагматичными установками на терапевтический контакт, которые носили стереотипный и не всегда конструктивный характер (решение вопросов о выписке, изменение режима наблюдения, предпочтение той или иной терапии).

2) В группе больных, никогда не получавших нейролептической терапии, отмечались достоверно более высокие показатели информативной плотности и новизны текста и более низкие значения показателя инверсивности и коэффициента Трейгера.

3) При изучении речевых ошибок в группе больных, получавших ранее психофармакотерапию, выявлено большее количество речевых стереотипий ($1,96$ в сравнении с $1,59$) и более выраженные нарушения дикции ($3,42$ и $2,96$), главным образом, за счет диспрозодии. Остальные виды речевых ошибок сопоставимы и, следо-

вательно, в подгруппе больных, получавших нейролептики, общее количество ошибок несколько больше. Данные виды речевых ошибок связаны преимущественно с третьим и четвертым уровнем речепорождения, на регуляцию которых существенное влияние имеют подкорковые структуры.

4) Кинестические показатели и их динамика в сравниваемых подгруппах существенно не отличались. Следует отметить лишь несколько большую выраженность двигательных стереотипий в группе больных, получавших терапию нейролептиками ($0,24$ и $0,15$), и подчеркнуть, что на момент обследования ни у одного больного, получавшего нейролептики, не было проявлений побочных действий (экстрапирамидных расстройства).

5) Просодическая составляющая речевого поведения отличалась в исследуемых группах наиболее существенно как количественно, так и качественно. В группе больных, получающих нейролептики, микрокататонический синдром был ярко выражен и определял паралингвистическую картину высказывания, что проявлялось более бедными интонационными характеристиками, выраженной диспрозодией, насыщенными «шумовыми» заполнениями пауз (нечленораздельные звуки, звуки без словесного оформления), полной утратой мелодичности. В данной группе отмечалась достоверно меньшая динамика основного тона ($0,59 \pm 0,04$ в сравнении с $0,73 \pm 0,05$) и темпа речи ($0,58 \pm 0,03$ и $0,71 \pm 0,05$).

Выводы

1. Применение психофармакотерапии способствует более высокой дифференциации вербаль-

ной семантики речевого поведения, что благотворно сказывается на проведении лечебно-ре-

абилитационных мероприятий и улучшает прогноз в плане социальной реадaptации.

2. Изменения речевого поведения у больных, получающих нейролептическую терапию, свидетельствуют о привнесении последней микроорганического фона, наиболее ярко проявляющегося в просодике, что указывает на преимущественную вовлеченность подкорковых структур.

3. Изучение динамики речевого поведения больных в процессе психофармакотерапии позво-

ляет, наряду с традиционными клиническими методами, диагностировать проявления нейролептической интоксикации на ранних этапах, определять ее степень, прогнозировать возникновение осложнений в процессе лечения, своевременно назначать корригирующие мероприятия.

3. Изучение речевого поведения больных шизофренией указывает на микроорганический характер эндогенного процесса, выраженность которого нарастает по мере течения заболевания.

I.V.Ganzin

ВПЛИВ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ НА СПЕЦИФІЧНІ РОЗЛАДИ МОВИ Й МИСЛЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ. (К ДИСКУСІЇ ПРО ПРИРОДУ РОЗІРВАНОСТІ МИСЛЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ – С ПОЗИЦІЙ КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ МОВНОЇ ПОВЕДІНКИ)

Кримська республіканська клінічна психіатрична лікарня №1, м.Симферополь, Україна

В статті представлено результати дослідження особливостей мовної поведінки хворих на шизофренію з наявними дефіцитарними розладами, тривало отримуючих психофармакотерапію, у порівнянні з клінічною схожою групою пацієнтів, ніколи не отримувалих нейролептики. Дослідження, здійснене за допомогою розробленого метода комплексної діагностики мовної поведінки, вказує на мікроорганічний характер тривалого перебігаючого ендogenous процесу, дає всебічний опис модифікуючого впливу терапії нейролептиками на усі аспекти комунікативної поведінки. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 108-110)

I.V.Ganzin

INFLUENCE OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY ON SPECIFIC DISORDERS OF SPEECH AND THINKING AT SCHIZOPHRENIA.(TO DISCUSSION ABOUT NATURE OF DISINTEGRATION OF THINKING AT SCHIZOPHRENIA - FROM POSITION OF COMPLEX DIAGNOSTICS OF SPEECH BEHAVIOUR)

The Crimean republican clinical psychiatric hospital №1, Simferopol, Ukraine

In paper the result of investigation of peculiarities of speech behaviour of the patients with schizophrenia with the expressed deficit disorders is presented, is long receiving a psychopharmacotherapy, in comparison with clinical similar group of the patients never receiving neuroleptics. The research realized with the help of a designed method of complex diagnostics of speech behaviour, specifies microorganic character is long of flowing endogenic process, comprehensively describes modifying influence of therapy by neuroleptics on all aspects of communicative behaviour. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 108-110)

Литература

1. Блейхер В.М. Расстройства мышления.- К.: Здоровья, 1983.- 192с.
2. Слуцкий Ф.И. Атактическое мышление и шизофазия.- Л.: Медицина, 1975.- 159с.
3. Can schizophrenia be localized in the brain? /Ed. N.C.Andreasen.- Washington: Amer.psychiatr.press, Inc., 1986.- 87p.
4. Chaika E. Understanding psychotic speech: Beyond Freud and Chomsky.- Sprenggfeld, 1990.- P.86.
5. Clardy J.A., Hyde T.M., Kleinman J.T. Postmortem neurochemical and neuropathological studies in schizophrenia // Schizophrenia /Ed. By N.C.Andreasen.- Washington: D.C.London, 1994.- P.123-146.
6. Crow R.R. Molecular genetic research in schizophrenia // Schizophrenia /Ed. By N.C.Andreasen.- Washington DC-London, 1994.- P.245-260.
7. Crow T.J. Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language //Trends neuroscience.- 1997.- Vol.20, N8.- P.339-343.
8. Crow T.J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? //Schizophrenia research.- 1997.- N28.- P.127-141.
9. Crow T.J. Nuclear schizophrenia symptoms as a window on the relationship between thought and speech //Brit.J.Psychiatry.- 1998.- N173.- P.303-309.
10. Frith C.D. The cognitive neuropsychology of schizophrenia.- Hove: Lawrence Erlbaum, 1992.- 124p.
11. Gur R.C., Saykin A.J., Gur R.E. Brain function in schizophrenia: Application of neurobehavioural studies // Schizophrenia /Ed.by N.C.Andreasen.- Washington D.C., London, 1994.- P.93-104.
12. Hurford J.R. An approach to the phylogeny of the language faculty //The evolution of human languages /Ed.by J.A.Hawkins & M.Gell-Man.- Addison-Wesley, 1992.- P.273-303.
13. Kleist K. Ueber chronisch wahnbildende psychosen des reifbildungsalters //All.Ztschr.phych.- 1959.- S.69-81.
14. Marshall J.C., Newcomb E.F. Syntactic and semantic errors in paralexia //Neuropsychology.- 1986.- N4.- P.169-176.
15. Schizophrenia: From mind to molecule /Ed.by N.C.Andreasen.- Washington- D.C.London, 1994.- 278p.
16. Sedvall G. Positron-emission tomography as a metabolic and neurochemical probe //Schizophrenia /Ed.by N.C.Andreasen.- Washington- D.C.London, 1994.- P.147-158.

Поступила в редакцию 2.03.2002г.

УДК: 616.89 – 008.428.1:616.896

Ю.О. Євченко

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЇ ПРИ
МЕЖОВОМУ ТА ШИЗОТИПОВОМУ РОЗЛАДАХ ОСОБИСТОСТІ**

Львівський державний медичний університет, Україна

Ключові слова: деперсоналізація, розлад особистості

Незважаючи на те, що термін «межовий розлад особистості» (МРО) є одним з найчастіше цитованих в психіатричній літературі останніх 20-ти років, залишаються нез'ясованими його значення, діагностичні критерії та границі означеного ним розладу. Одним з найсерйозніших клінічних аргументів, що «розмиває межі» МРО є факт його перекривання («overlap») з іншими особистісними розладами, зокрема шизотипальним, антисоціальним, залежним, гістрійонним [1,2,3]. Особливої уваги, як з огляду його теоретичного, так і клінічного значення заслуговує факт співвідношення МРО і шизотипального розладу особистості (ШРО). В історії виділення вказаних особистісних розладів знайшли своє відображення два теоретичних підходи до проблеми «межовості» в сучасній психіатрії. Перший підхід, представлений Gunderson, Singer, Kernberg, Perry, є сфокусованим на власне особистісних розладах і, зокрема, таких їх рисах, як нестабільність, специфічні зразки поведінки або недостатня функція «Его». Другий напрямок (Wender, Kety, Rosenthal) бере свій початок з праці Hoch і Polatin про «псевдоневротичну шизофренію» та вбачає генетичний та феноменологічний зв'язок між межовими станами та шизофренічним спектром. Узагальнюючи погляди двох вказаних груп авторів (межові стани як специфічний дискретний розлад особистості або як крайовий варіант шизофренії), Spitzer [4], а за ним DSM-III вводять поняття «шизотипальний розлад особистості» і в такий спосіб звужують межі МРО. Водночас, навіть після запровадження нової діагностичної категорії Spitzer вважає, що 54% межових пацієнтів відповідають критеріям двох діагностичних груп, а Kendler [5] наводить дані, згідно яких дві треті пацієнтів з ШРО відповідають критеріям МРО. В іншому дослідженні вказується, що 67% пацієнтів з МРО водночас задовільняють діагностичні критерії ШРО.

Метою даної роботи є спроба відповісти на запитання: чи є можливою клініко-психопато-

логічна диференціація двох вказаних діагностичних категорій, зокрема у фазі їх декомпенсації, коли пацієнти цих двох груп найчастіше звертаються по психіатричну допомогу. З огляду на поліморфність симптоматики наш аналіз обмежений феноменами кола так званої невротичної деперсоналізації. Вибір деперсоналізації в якості об'єкту клініко-психопатологічного аналізу зумовлений тим, що патологія сфери самосприйняття та самоусвідомлення включена в перелік діагностичних критеріїв двох вказаних особистісних розладів. В дослідницьких діагностичних критеріях МКХ-10 «незвичні явища у сфері сприйняття, зокрема соматосенсорні (тілесні) або інші ілюзії, деперсоналізація або дереалізація» мають статус діагностичного критерія для ШРО [7]. Однією з найважливіших діагностичних ознак МРО, в свою чергу, є «порушення образу власного Я». [7,8] Крім того, дані літератури свідчать про те, що деперсоналізація як психопатологічно оформлений феномен має виражений аффінітет до МРО [9].

Критерієм відбору пацієнтів для дослідження була присутність в їх психічному статусі явищ деперсоналізації типу «as if» [10], що кваліфікувалась у відповідності до критеріїв МКХ-10. Критерієм виключення була наявність ознак манифестного шизофренічного психозу, органічного ураження ЦНС, панічного розладу, токсикоманій та алкоголізму. Хворі для дослідження відбирались за наступною схемою:

1) всі пацієнти, які поступали на лікування в 3-тє клініко-діагностичне відділення ЛОДКПЛ та звертались за консультацією на кафедру психіатрії та психотерапії ФПДО ЛДМУ самостійно або за скеруванням ЛПНД проходили клініко-психопатологічне обстеження, сфокусоване на виявленні та максимально повний опис симптомів деперсоналізації;

2) в сумнівних випадках додатково використовувався спеціальний опитувальник, який містить 44 запитання, відповіді на які обстежу-

вані дають самостійно у вигляді проценту згоди по кожному пункту;

3) у всіх досліджених випадках деперсоналізаційні феномени співіснували з іншими психопатологічними явищами і проявами особистісних розладів, тому всі пацієнти були кваліфіковані також за віссю особистісних розладів і віссю супутньої психічної патології з використанням критеріїв DSM-IV та ICD-10;

Первинну вибірку в нашому дослідженні склали 60 пацієнтів (38 чол. і 22 жін.), віком від 17 до 36 років. Переважання чоловіків було зумовлено специфікою контингенту хворих, яких обслуговує 3-тє відділення (чоловіки, первинні поступлення).

З усіх обстежених 18 пацієнтів відповідало критеріям МКХ-10 МРО та 20 – критеріям шизотипового розладу особистості. Ця група пацієнтів і склала основну вибірку.

Психопатологічний аналіз деперсоналізаційних проявів виявив їх неоднорідність. Було виділено і описано три типи деперсоналізації: чуттєвий (коенестетичний), образний (дисоціативний) та ідеаторний (рефлексивний) [11]. В описуванні в даній роботі вибірці пацієнтів спостерігались два перших типи.

Чуттєва (коенестетична) деперсоналізація проявлялась почуттям зміненості або втрати пропріо- та вісцероцептивної чутливості. Суб'єктивно переживалась як відчуття легкості окремих частин та ділянок тіла або їх відсутності, внаслідок чого пацієнти спорадично перевіряли їх наявність шляхом дотику або натискання. В окремих випадках виникало відчуття повної втрати тіла, що наближає даний тип деперсоналізації до описаного в літературі «почуття втрати існування» з однією відмінністю: при коенестетичній деперсоналізації залишається інтактним почуття власного індивідуального Я (психічного). Характерним був вербальний вираз деперсоналізаційних переживань, який характеризувався надмірною схематизацією, стабільністю, аж до стереотипності.

Маніфестація коенестетичної деперсоналізації виникала, зазвичай, автохтонно, без очевидного зв'язку з психогенними впливами. Якщо ж останні і вдавалось виявити, то вони носили надмірно «індивідуалізований» характер і за своїм об'єктивним значенням не відповідали масштабам викликаних ними розладів. Даний тип деперсоналізації супроводжувався у всіх випадках вираженим афектом тривоги, що подеколи досягав ступеня «деперсоналізаційного раптусу» (за аналогією з «іпохондричним раптусом»). В

значній кількості наших спостережень чуттєва деперсоналізація поєднувалась з такими проявами «розладу загального відчуття тіла», як сенестопатії і коенестезії. Доманіфестний особистісний склад пацієнтів з чуттєвою деперсоналізацією відповідав критеріям ШРО.

У пацієнтів з МРО спостерігали деперсоналізацію образного (дисоціативного) типу, яка характеризувалась «почуттям неповноти» [1]. Сприйняття оточуючого світу, власного тіла і/або психічних процесів носило ніби «пасивний» характер, відбувалось без активної участі Я. Пацієнти скаржились на неможливість емоційно реагувати на оточуючий світ, близьких людей тощо. Зміст почутого або прочитаного «сприймався лише розумом, а не цілим Я», залишав байдужим. Оточуючі предмети сприймалися нереально, ніби через серпанок. Крім того, пацієнти скаржились на почуття автоматизму власної діяльності, спостерігали за собою «ніби зі сторони», відчували себе «ніби роботи». У соматопсихічній сфері даний тип деперсоналізації проявлявся почуттям неналежності собі окремих частин тіла, переважно, рук при погляді на них. Крайнім проявом цього типу деперсоналізації було почуття повної втрати Я: «в мене немає Я, Я – це не Я». Слід зазначити, що цей найважчий варіант, близький до так званої «тотальної» деперсоналізації [13] зустрічався рідко і був більш характерним для пацієнтів з нарцистичними особистісними дефіціями. В більшості випадків деперсоналізаційні розлади носили парціальний характер і не поширювались за межі аутопсихіки. Скарги пацієнтів з дисоціативною деперсоналізацією носили мінливий, драматичний характер, відрізнялись яскравістю, образністю, хворі вимагали до себе постійної уваги, їх поведінка при цьому носила елементи демонстративності.

Вказані деперсоналізаційні прояви виникали найчастіше реактивно, по типу активної селекції психогенних впливів, і в комплексі з факультативними тривожними, соматоформними, конверсійними розладами входили в структуру складного синдрому, другою облігатною складовою якого був депресивний афект. Гіпотимний компонент синдрому характеризувався незначною глибиною, про що свідчили відсутність ознак «віталізації» афекту, невираженість добового ритму, слабовиражені ознаки психомоторного загальмування (об'єктивно підтвержені, оскільки численні скарги на «тупість», «неможливість думати» були зумовлені деперсоналізаційною складовою синдрому). Про правомірність оцін-

ки вказаних афективних розладів як легких або середніх свідчить і відсутність почуття вини, їх ідеаторним компонентом були ідеї власної неспроможності, неповноцінності, що супроводжувались похмурістю, дратівливістю, ангедонією.

Результати порівняльного аналізу ефективності терапії підтверджують відмінний характер деперсоналізаційних проявів у пацієнтів цих двох груп. Терапевтичний ефект з вираженим покращенням в пацієнтів з дисоціативною деперсоналізацією досягався в результаті монотерапії інгібітором зворотнього захоплення серотоніну препаратом «Прозак» (флуоксетин), клінічною мішенню якого вважаються феномени депресивного відчуження [14]. Ефективність флуоксетину в лікуванні деперсоналізаційних розладів підтверджують і дані літератури [9]. Однак, у декількох пацієнтів відбувалась парціальна редукція депресивної симптоматики з «відщепленням» і подальшим персистуванням деперсоналізаційних проявів, які в подальшому виявляли

виражену резистентність як до психофармакотерапії, так і до ЕСТ.

При коенестетичній деперсоналізації можливості психофармакотерапії були обмеженими. Виражене покращення було досягнуто лише у частини пацієнтів шляхом застосування інтенсивної комбінованої психофармакотерапії з парентеральним введенням трициклічних антидепресантів (амітриптіліна, кломіпраміна) і дюрантної форми нейролептика з вираженою анксиолітичною дією – флупентіксола (ін'єкції 20 мл. флюанксол-депо робились з інтервалом 2-3 тижня).

Таким чином, отримані в нашому дослідженні результати дозволяють дати ствердну відповідь на поставлене перед ним питання: клініко-психопатологічний аналіз деперсоналізації є достатньо валідним інструментом для диференційного діагнозу межового і шизотипального розладів особистості, що, в свою чергу, забезпечує вибір оптимальної терапевтичної тактики при лікуванні цих розладів.

Ю.А. Евченко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Львовский государственный медицинский университет, Украина

Цель исследования: клинико-психопатологический анализ деперсонализации при пограничном и шизотипическом расстройствах личности. С помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов было обследовано 60 пациентов с деперсонализацией. Основную выборку составили 38 пациентов, личностная структура которых соответствовала критериям пограничного и шизотипального расстройств личности. В результате исследования было доказано, что клинико-психопатологический анализ деперсонализации является достаточно валидным инструментом для дифференциального диагноза пограничного и шизотипального расстройств личности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - № 1 (9). - С. 111-114)

Yu.A. Evchenko

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITY OF DEPERSONALIZATION IN BORDERLINE AND SCHIZOTYPICAL DISORDERS OF PERSONALITY

Ivov State Medical University, Ukraine

The aim of the study was performing the clinical psychopathological analysis of depersonalization in borderline and schizotypal personality disorders. By means of clinical psychopathological and experimental psychological techniques 60 patients with depersonalization were examined. Thirty-seven patients whose personality structure met the criteria of borderline and schizotypal disorders constituted the main selected group. The results of the study prove that the clinical psychopathological analysis of depersonalization is a sufficiently valid instrument for differential diagnostics of borderline and schizotypal personality disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 111-114)

Література

1. Frances A. The DSM-III personality disorders section: A commentary. American J. of Psychiatry, 1980, 137, p.1050-1054.
2. Frances A. Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. Comprehensive Psychiatry, 1982, 23, p.516-527.
3. Spitzer R., Williams J. Classification of mental disorders and DSM-III. In H. Kaplan, A. Freedman and B. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. (3 rd ed; Vol. 1). 1980.
4. Spitzer R., Endicott J., Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. Arch. Gen. Psychiatry, 1979, 36, p.17-24.
5. Kendler K., Gruenberg A., Strauss J. The relationship between schizotypal personality disorders and schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 1981, 38, p.982-984.
6. Barrash J., Kroll J., Carey K., Sines L. Discriminating borderline disorder from other personality disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40, p.1297-1302.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Пер. с англ. – Ст.-П. – 1998.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Ed. - APA. - 1994. - 886 p.

9. Simeon D., Gross S., Guralnik O. et al. Feeling Unreal: 30 Cases of DSM-III – R Depersonalization Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154, p.1107-1113.
10. Sedman G. Theories of Depersonalization: A Re-appraisal.// *Brit. J. of Psychiat.* - 1970. - 117. - P.1-14.
11. Євченко Ю., Фільц О., Євчук С. До питання типології

- деперсоналізаційних розладів. *Архів психіатрії*, 2001 (в друці).
12. Жанэ П. Неврозы. - М. - 1911.
13. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация.- Л.: 1981.
14. Смудевич А.Б., Морозова М.А. Эффекты тимолептиков в аспекте новой клинической систематики депрессивного синдрома.// *Журнал невропатол. и психиатр.*, 1997, 7, с.22-25

Поступила в редакцию 12.04.2002г.

УДК 616.899 – 008.447 – 053.6

*О.К. Малтапар, Ю.В. Никифоров***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: умственная отсталость, подростки, клиничко-социальные факторы

В клинической практике нерезко выраженным проявлениям умственной отсталости у детей и подростков нередко сопутствуют психомоторная расторможенность и психопатоподобные расстройства [1]. Именно они чаще всего сопровождаются нарушениями поведения различной степени выраженности, что в сочетании с интеллектуальной недостаточностью оказывается одной из основных причин не только школьной, но и стойкой социальной дезадаптации в более старшем возрасте [2].

Психопатологическую симптоматику, осложняющую умственную отсталость у детей и подростков, принято считать результатом неблагоприятных биологических, и в первую очередь, экзогенных факторов, действующих либо внутриутробно, либо в раннем постнатальном периоде. Роли средовых факторов далеко не всегда придается должное внимание, что в свою очередь сопровождается недооценкой значения медико-социальных и психокоррекционных мероприятий при этих нарушениях [3,4].

Всего нами было обследовано 78 подростков с умственной отсталостью, находящихся на стационарном лечении в Ждановской областной психиатрической больнице. Среди них преобладали лица мужского пола (61 человек – 78,2%). В возрасте 14-15 лет было 31 человек (39,7%), в возрасте 16-17 лет – 47 человек (60,3%).

У подавляющего числа подростков (93,6%) в процессе клинического исследования установлена легкая степень интеллектуальной недостаточности, соответствующая уровню легкой дебильности. В пяти случаях (6,4%) диагностирована умеренно выраженная дебильность. У абсолютного большинства пациентов (76 человек, 97,4%) умственная отсталость сочеталась с психомоторной расторможенностью и психопатоподобным поведением. Только в 2-х случаях можно было думать о неосложненной форме умственной отсталости без заметных признаков деформации личности.

Большая часть подростков (52 человека, 66,6%) воспитывалась в семье, остальные – в интернатах или детских домах. Причем, семейное воспитание 36 подростков (46,2%) происходило в неполной семье, у многих из них отсутствовали оба родителя. Вне родительской семьи 26 подростков (33,3%) воспитывались с раннего возраста.

На момент обследования 47 подростков (60,3%) обучались во вспомогательных школах, 28 человек (35,9%) в интернатах, 3 (3,8%) – в ПТУ. 4 пациента (5,2%) – завершили обучение, имея неполное среднее образование. При этом следует отметить, что только 14 человек (17,9%) более или менее успешно усваивали программу обучения. В остальных случаях (82,1%) преобладала неудовлетворительная успеваемость по основным предметам вне зависимости от формы организации учебного процесса. Практически у всех подростков отсутствовали мотивация к учебе, чувство долга и ответственности, их отличало незнание элементарных правил дисциплины, неумение вести себя в коллективе. Семьи умственно отсталых подростков в основном (80,8%) характеризовались асоциальной направленностью жизненных установок. Чаще всего она проявлялась в алкоголизации родителей (20,5%), асоциальном с брутальными конфликтами поведении (19,2%). В 28,2% случаев родители подростков были лишены родительских прав, а 12,9% — находятся в заключении.

Только 20,5% подростков жили в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В остальных случаях их семьи испытывали нужду, всевозможные лишения и в целом – отличались низким качеством жизни. Следует отметить, что неудовлетворительные жилищно-материальные условия семьи, как правило, сочетались с наличием одного или нескольких аспектов асоциального образа жизни родителей.

Несмотря на то, что первые признаки отставания в развитии проявлялись уже в раннем дет-

ском возрасте, только в 4-х случаях (5,1%) диагноз умственной отсталости был установлен до 5-ти летнего возраста. У остальных подростков умственная отсталость была выявлена в более старшем возрасте. Причем, у 49 человек (62,8%) возраст диагностирования этого расстройства (7 лет) совпал с началом обучения в учебном заведении. Поводом для консультаций с психиатром чаще всего являлось плохое усвоение учащимся общеобразовательной программы. Нарушения поведения при этом не являлись ведущими. В течение 1-2 лет безуспешного обучения в массовой школе эти дети по решению медико-педагогической комиссии переводились во вспомогательные школы или интернаты.

Определявшееся во многих случаях запаздывание с установлением диагноза умственной отсталости, по сравнению с возрастом, когда впервые было отмечено отставание в развитии (нередко через этап диагностирования задержки психического развития), можно объяснить не только низкой обращаемостью к психиатрам и сложностью установления диагноза, но и относительностью самого понятия «умственная отсталость», в легких случаях непосредственно связанного с проблемой школьного обучения [2,5,6]. Имеет значение и отсутствие в дошкольном возрасте систематической стимуляции познавательных процессов, достаточной для выявления стойкой когнитивной недостаточности.

Основной причиной госпитализации исследуемого контингента больных являлись выраженные поведенческие нарушения, которые с возрастом обычно нарастали. Проявления психомоторной расторможенности, как правило, предшествовали появлению психопатоподобных расстройств, что соответствовало основным возрастным уровням преимущественного нервно-психического реагирования детей и подростков [1]. В дошкольном возрасте психомоторная расторможенность наблюдалась у 72% обследованных. В дальнейшем (8-12 лет) она или претерпевала обратное развитие, или (чаще) трансформировалась в психопатоподобные расстройства, являясь в более раннем периоде возрастным клиническим эквивалентом последних. В такой же мере это относится и к астено-гипердинамическим проявлениям, которые почти у половины подростков с возрастом трансформировались в психопатоподобные. На это важно обратить внимание в связи с тем, что на негрубые в раннем возрасте признаки психомоторной расторможенности, по сравнению с отставанием в развитии, далеко не всегда обращается внимание родите-

лей, воспитателей детских учреждений и даже детских врачей, в то время как своевременная их коррекция могла бы препятствовать формированию психопатоподобных расстройств и девиантного поведения.

Расстройства поведения, отмечавшиеся в структуре психопатоподобного синдрома, наблюдались у большинства подростков (53 человека, 67,9%). В основном это были лица из неполных семей, либо воспитывавшиеся вне семьи с раннего детства, в том числе из семей, лишенных родительских прав. В некоторых семьях дети воспитывались, как правило, матерью; забота о детях была минимальной, в лучшем случае она сводилась к тому, чтобы обустроить, одеть и накормить их. Таким образом, ребенок, зачастую, был предоставлен самому себе, что способствовало закреплению опыта неудач, который представляет собой обычное явление для умственно отсталых подростков, и более раннему наступлению декомпенсации в виде поведенческих нарушений и социальной дезадаптации. Следует отметить, что поведенческие нарушения наблюдались во всех случаях, когда дети воспитывались вне семьи с раннего детства.

Дефицит в сфере нормального общения, особенно трудные внешние условия жизни ребенка, неблагоприятные влияния семейных факторов, а также гипопротекционный тип воспитания и безнадзорность способствовали социальной дезадаптации подростков, нарушению коммуникативных взаимоотношений в направлении асоциальной их направленности.

Чаще всего такие подростки совершали немотивированные прогулы занятий, нарушали дисциплину, бродяжничали и попрошайничали (47 чел. – 60,3%), употребляли алкоголь (6 чел. – 7,7%), состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с совершением различного рода правонарушений: от мелкого хулиганства до краж и грабежей (3 чел. – 3,8%). Только в 22 случаях (28,2%) вне зависимости от семейных факторов и условий воспитания у подростков с умственной отсталостью поведение не выходило за морально-этические рамки.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в формировании нарушений поведения у подростков с умственной отсталостью, помимо биологических факторов, существенную роль играют неблагоприятные средовые факторы, в частности, факторы социальной и, в первую очередь, эмоциональной дезадаптации, под воздействием которых дети находятся с самого раннего возраста.

Длительно существующие отрицательные социальные воздействия не только нарушают процесс социализации личности ребенка [4], но могут вызвать и структурные изменения личности, способствуя формированию психопатоподобных расстройств. Специфические особенности влияния социально-психологических факторов в детско-подростковом возрасте состоят в способности их воздействовать на несформировавшуюся личность, к тому же с признаками когнитивной уязвимости, вызывать общий дигенез. Как уже отмечалось, особое место при этом занимает тяжелая социальная депри-

вация, которая, как известно, может обуславливать нарушения даже интеллектуальных, познавательных функций, т.е. выраженные и стойкие задержки психического развития.

Наличие средовой психической дезадаптации у подростков с невыраженными формами умственной отсталости, а также склонности к повышенному поведенческому индуцированию, делают необходимым разработку адекватных медико-социальных и психокоррекционных программ, с акцентом на проведение превентивных терапевтических и реабилитационных мероприятий.

О.К. Малтапар, Ю.В. Никифоров

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІДЛІТКІВ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ ПОВЕДІНКИ.

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Україна.

Це дослідження відкриває проблему порушень психічного здоров'я підлітків з розумовою відсталістю. У статті розглянуті питання соціального функціонування та ступеня декомпенсації підлітків з розумовою відсталістю, залежно від мікросоціальних умов, мотиваційних та особистих чинників. Проведен аналіз порушень психічного здоров'я підлітків залежно від типу виховання, родинних чинників, взаємовідносин у родині. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 115-117)

O.K. Maltapar, I.V. Nikiforov

CLINICAL AND SOCIAL DELINEATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION AND BEHAVIORAL DISORDERS

Zhdanovka's Regional mental hospital, Ukraine

The investigation opens the problem of retarded adolescents mental health. In the article the problems social function and of the degree of decomposition in adolescent with mental retardation in the connection with microsocial conditions, motivations, and personality features are regarded. The analysis of mental health's disturbances of adolescents in the dependence from bringing up tipe, familiar factors and relations inside of family is carried out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 115-117)

Литература

1. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985. – 288с.
2. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития. Автор дисс. ... доктор психол. наук. – М., 1997. – 41 с.
3. Крыжановская И.Л., Маринчева Г.С. О некоторых вариантах умственной отсталости с нарушениями поведения (по данным клинико-эпидемиологического исследования). Социальная и клиническая психиатрия. 1999, 2. – С. 18-20.
4. Гурьева В.А., Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В.

- Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков. Руководство по социальной психиатрии. М. «Медицина», 2001. – С. 117-136.
5. Соловьев А.Н. сравнительное катанестическое исследование лиц с пограничной интеллектуальной недостаточностью, обучавшихся во вспомогательных и общеобразовательных школах. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. – 18 с.
 6. Penrose L.S. The Biology of Mental Defect. London, 1969. – 254p.

Поступила в редакцию 2.06.02

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.4

В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка

ДЕПРЕССИЯ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: депрессивные, невротические, соматоформные расстройства, резистентность.

К началу XXI века депрессивные, тревожные и ассоциированные с ними расстройства заняли одно из первых мест в структуре психической заболеваемости. По данным ВОЗ на 2000 г. [60] они составили около 40 % от общего количества зарегистрированных в мире психических расстройств. Отмечено, что до 20-25 % женщин и 7-12 % мужчин хотя бы один раз в жизни перенесли депрессивный эпизод, а 3-4% всего населения планеты страдает рецидивирующей депрессией [11,94,61]. Согласно исследованиям Rendon M., 1996 [88], депрессивные расстройства наблюдаются у 34% стационарных психиатрических больных и у 65% больных, находящихся на диспансерном наблюдении. В ряде эпидемиологических исследований последних лет было установлено, что в популяции панические расстройства формируются у 9-10% населения [55,23]; генерализованное тревожное расстройство у - 5,5% [38]; социальная фобия у - 3% [80]. В то же время обсессивно-компульсивным расстройством страдает 2-5,5% популяции, а субклинические проявления встречаются у 19% населения планеты [71,15,38,49]. Соматоформные расстройства, по различным данным, возникают у 0,2-2% [91] - 4% [73] населения и занимают до 25 % от всей терапевтической патологии [39].

На протяжении XX века был зарегистрирован экстенсивный рост депрессивных расстройств во всех развитых странах мира. Если в начале века они встречались в популяции с частотой в 0,2% [32], то к середине 50-х гг. этот показатель возрос до 4,3-5,7%, к середине 60-х гг. он увеличился до 11,2-14%, а в 90-е гг. депрессия встречалась уже у 15-20% населения [30,32]. При этом количество депрессивных больных, получавших стационарное лечение, увеличилось с 8% в 1914г. [33] до 34% в 1996 г. [88]. Подобный рост заболеваемости невозможно объяснить одним лишь улучшением диагностики депрессий. По-видимому, эта динамика отражает глобальный процесс общей трансформации психической патологии.

Как известно, депрессивная, тревожная, обсессивно-компульсивная, ипохондрическая, соматоформная симптоматика по своей психопатологической структуре относится к различным регистрам психической патологии. Однако, как показывает ежедневная клиническая практика, эти психопатологические феномены зачастую сосуществуют. В традиционной отечественной психиатрии для объяснения родства «депрессии», «фобии», целесообразности их рассмотрения в рамках единой нозологической единицы был применен синдромологический принцип. Еще Кан-

нах Ю.В. [17] в 1914 описал гипотимическую, апатическую, астеническую, ипохондрическую, психопатическую и дипсоманическую циклотимию. Рыбаков Ф.Е. (1914) [33] дополнил данную классификацию тревожным, обсессивным и дромоманическим типами депрессии. В классификации Авербуха Е.С. (1962) [1] были описаны меланхолический, тревожно-депрессивный, астено-депрессивный, депрессивно-деперсонализационный, обсессивно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический варианты депрессии. По Мосолову С.Н. (1995) [27] возможны следующие типы депрессивного синдрома: гипотимный, астенический, апатический, тревожный, маскированные депрессии (с сомато-вегетативной, алгической и инсомнической картиной) и депрессии с гетерономной симптоматикой (обсессивной, ипохондрической, бредовой). Тиганов А.С. (1997) [42] кроме перечисленных, выделил еще дисфорический тип депрессии.

Как следует из приведенных классификаций депрессий, практически все типы депрессивных синдромов были описаны еще в начале XX века. Мы не нашли убедительных сведений о характере распространенности того или иного депрессивного синдрома в начале столетия, кроме данных Рыбакова Ф.Е. (1914), который оценивал частоту классической меланхолической депрессии в 21% [33]. В настоящее время, по различным данным [46,42,25], меланхолическая депрессия встречается у 10,3-18,4% больных, тревожная - у 13,3-21,1%, анестетическая - у 11,9%, адинамическая - у 5,5-26,3%, дисфорическая - у 7,7-10,2%, ипохондрическая - у 27,3%, бредовая - у 22,7% и обсессивная - у 4,7% больных. Но, с другой стороны, Тиганов А.С. [42] оценивает частоту всех гетерономных депрессий (ипохондрических, обсессивных, бредовых) в 19,7%. Из приведенных данных напрашивается вывод о том, что удельный вес практических всех депрессивных синдромов (кроме обсессивного) примерно одинаков.

В англо-американской психиатрии, традиционно стоящей на кластерном принципе, сформулирована концепция «расстройств депрессивного спектра» [70]. Согласно данной теории между типичной униполярной депрессией и тревогой находится целый континуум переходных форм. В этот континуум входят панические атаки, фобии, обсессивно-компульсивные, импульсивные (трихотиломания, клептомания и другие расстройства самоконтроля) расстройства, нервная анорексия и булимия, ипохондрические, соматоформные расстройства, дистимия, наркомания, а также тики и синдром дефицита внимания у детей.

При этом, относительным критерием разграничения тревожных и депрессивных расстройств является фактор реактивности – аутохтонности. В теоретическом же плане концепция расстройств депрессивного спектра объясняется принципом «коморбидности» и подтверждается биохимическими, генетическими исследованиями, а также положительным терапевтическим эффектом при применении тимоаналептических средств. Под коморбидностью понимается возникновение однотипных стержневых симптомов, обладающих определенным стереотипом развития, в рамках различных диагностических конвекциональных классов. Именно классов, а не синдромов [54]. Существование таких стержневых симптомов, например «депрессии» и «тревоги», может быть объяснено их внутренним сродством, взаимной предрасположенностью или искусственной дихотомией единого сложного синдрома. Следовательно, проблема коморбидности в рамках синдромально-нозологического направления в психиатрии лишена смысла, а само понимание синдрома в «нозологической» и «кластерной» психиатрии не совпадает.

McElroy S. [82], со ссылкой на Hamilton M., отмечает, что тревожная и депрессивная симптоматика существует у 83-96 % больных. При проведении многочисленных исследований было установлено, что 30-56% больных большим депрессивным расстройством удовлетворяли критериям генерализованного тревожного расстройства [66,90]; 40-87% - панического расстройства [66,74,80]; 32-42% - критериям специфических фобий [90]. По данным Ветроградской О.П. [8] у 67,7% больных развитию панических атак предшествовала депрессивная симптоматика, а у 34,3% депрессия развилась в последующем. У 35-80% больных, отвечающих критериям большого депрессивного расстройства, была также выявлена обсессивно-компульсивная симптоматика [87,90,82]. При этом у 55,6% больных, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, манифестации обсессий предшествовала депрессивная симптоматика [8]. В то же время, около 30-60 % больных с большим депрессивным расстройством отвечают критериям соматоформных расстройств: соматизированным, ипохондрическим, болевым, вегетативным [62,78,70]. По данным McElroy S. [82] у 20 % больных с импульсивными расстройствами и у 50-75% с нервной анорексией или булимией наблюдается отчетливая депрессивная симптоматика. В 25-50 % случаев депрессивная фаза развивается на фоне дистимии (т.н.«двойная депрессия») [73]. В 20-55% случаев депрессивный эпизод начинается с расстройств адаптации [40,97].

Несмотря на высокую эффективность антидепрессантов, в среднем 30-60% больных с патологией, относящейся к расстройствам депрессивного спектра, оказываются резистентны к проводимой тимоаналептической терапии [81,84]. Согласно общепринятым критериям [27,49], депрессия считается резистентной, если в течение двух последовательных курсов (по 3-4 недели) адекватной монотерапии фармакологическими различными препаратами, отмечается отсутствие или недостаточность клинического эффекта (редукция симптоматики по шкале Гамильтона или Монгомери составляет менее 50 %). Оценка эффективности антидепрессивной терапии [29] предполагает следующие критерии: уменьшение степени выраженности

депрессивной симптоматики по шкале Монгомери на 50% соответствует достаточному эффекту, на 21-40% - умеренному эффекту и менее 21% - незначительному эффекту. Адекватной дозой антидепрессанта считается доза эквивалентная 200 мг имипрамина [57] или 200-300 мг amitриптилина [27,59].

Следует различать абсолютную (истинную, первичную, генетическую) резистентность, возникающую ко всем фармакологическим и немедикаментозным средствам, и псевдорезистентность (вторичную, приобретенную), формирующуюся только к определенным препаратам и их сочетаниям, а также резистентность, связанную с какими-либо побочными эффектами. Thase M.E., Rush A.J. (1997) [93] выделяет пять стадий резистентности. Первая стадия – неэффективно адекватное лечение одним антидепрессантом любой фармакологической группы (эффект отсутствует у 35-40% больных [49]). Вторая стадия – неэффективно адекватное лечение двумя антидепрессантами различных фармакологических групп (эффект отсутствует в 35-50% случаев [89,59]). Третья стадия – неэффективно адекватное лечение антидепрессантом в комбинации с литием или другим нормотимиком (эффект отсутствует в 52-72% [83]). Четвертая стадия – неэффективно лечение гетероциклическим антидепрессантом и тимоаналептиком обратимым ингибитором MAO или литием и ИМАО (эффект отсутствует в 40% случаев [77]). Согласно Яничак Ф. [49] с обратимыми ИМАО нельзя сочетать дезипрамин, нефазадон, ремерон, венлафаксин и СИОЗС. Пятая стадия – отсутствие эффекта при проведении курса ЭСТ (эффективность – 50-84% [51,86]), что фактически является критерием отграничения истинной и псевдорезистентности.

Проблема резистентных к терапии состояний тесно связана с фундаментальными характеристиками болезненного процесса – с фактором течения и формированием негативной (дефицитарной) симптоматики. За период с 1945 по 2000 год количество затяжных депрессий продолжительностью до двух лет увеличилось с 20 до 45 % случаев [79,60]. А по данным Akiskal H. (цит. по Вовину Р.Я., 1989) [11] неблагоприятное течение депрессивного синдрома возросло в период с 1912 по 1975 годы с 5 до 15-28% от всех случаев. В 10-18% случаев, не смотря на адекватную терапию, депрессии приобретают хроническое течение, продолжительностью более двух лет [54,68,52]. У 45% больных формируются лишь непродолжительные (до 6 месяцев) ремиссии [72,92]. При этом, у 70-85 % больных, перенесших депрессивный эпизод, в последующем развиваются рецидивы [54], на первом году ремиссии у 21 % больных, на втором году – у 32 % и на третьем году ремиссии - у 35% больных [85]. С 1961 по 1971 гг. повторные, в течение одного года, поступления в стационар депрессивных больных возросло с 6 до 29 процентов [41]. По данным Нуллера Ю.Л. [28] хроническое течение свойственно обсессивным и ипохондрическим депрессиям, среди которых оно встречается у 71% больных. Затяжным течением отличаются также тревожные (у 17% больных) и адинамические (у 34% больных) депрессии [45]. Обсессивно-компульсивные расстройства в 41-55 % случаев также обладают хроническим течением [38]. Хроническое течение характерно для панических и фобических расстройств - у 70% и у 77,3% больных

соответственно [23]. При этом, у 18,3% больных динамика фобического синдрома носит прогрессивный характер [34]. Отдельное упоминание заслуживает вопрос о спонтанной длительности депрессивной фазы. Рыбаков Ф.Е. (1914) [33] считает, что средняя продолжительность депрессивной фазы составляет 6-9 месяцев. В то же время он описывает случаи как с более длительными - затяжными (до 2-5 лет), так и транзиторными (около 1 недели) фазами. По данным Kupfer D.J., Frank E. на 1992 г. [76] предположительная спонтанная длительность депрессивной фазы также составляет 4-9 месяцев.

При рассмотрении проблемы негативных расстройств, формирующихся у больных с депрессивной патологией, следует различать сохраняющиеся аутохтонные колебания аффекта, изменения личности и собственно негативные симптомы. В 30-е гг. XX ст. «выздоровление» больных страдающих МДП наступало в 70-80% случаев [7,12,48]. В настоящее время полные ремиссии при депрессивных расстройствах формируются лишь у 36-41% больных [46,35]. По различным данным [5,10,35,56,27,83,63,40] у 20-47% больных униполярной депрессией в ремиссиях сохраняются стертые аутохтонные депрессивные фазы. У 45-65% больных в ремиссиях формируются невротические черты, соматизация по типу соринг-эффекта и депрессивное развитие личности в виде своеобразного «стиля жизни». В ремиссиях у 65-71% больных депрессивными расстройствами наблюдается негативная симптоматика в виде снижения активности по астеническому или адинамическому типу [35,16] на фоне неспецифической редукции энергетического потенциала Huber'a G. [37] и «вигильности сознания» Еу'а А. (снижение уровня синтетического мышления, нарушение концентрации внимания) [43]. Смулевич А.Б. (2001) [39], со ссылкой на Watson D., описывает так называемую «негативную аффектацию» - анестезию, «депрессивную девитализацию», ангедонию и адинамию. Кроме того, Бирюкович П.В. [6] к негативным симптомам эндогенной депрессии отнес разнообразные расстройства, связанные со снижением тонуса вегетативной системы, которые возникают на этапе ремиссии у 29% больных.

Необходимо особо подчеркнуть, что «резистентность» и «затяжное течение» это не тождественные, а различные взаимоперекрывающиеся биологические процессы. Если первое понятие относится к реактивности организма, то второе - отражает тип течения самого болезненного процесса. Как следует из анализа литературных данных, говорить об однозначном и достоверном снижении резистентности депрессий к тимоаналептической терапии, несмотря на новые эффективные фармакологические средства, затруднительно. В 30-е гг. XX ст. неудовлетворительный эффект от проводимой терапии (ЭСТ, рентгенотерапия, амиталовый сон, сульфазин, опиаты, барбитал и пр.) составлял 20-30% [7,12,48]. С появлением первых трициклических антидепрессантов к 60-ым гг. резистентные к тимоаналептической терапии депрессии составляли те же 20-30% [1,41,46,36]. А к концу 90-х гг. этот показатель, по различным данным [52,59,95,72,53], составил даже 25-35%. Причем, у 10-18% больных резистентность обнаруживалась ко всем видам терапии [54,68,52,49], у остальных же пациентов резистентность преодолевалась применением

более адекватных методов терапии.

Что касается так называемой гетерономной симптоматики, то, согласно эпидемиологическим исследованиям, неудовлетворительный терапевтический эффект при дистимиях и «двойных депрессиях» составляет 40-70% [77,91]; при тревожных расстройствах - 40% [53,55], при фобиях - 50% [49], при обсессивно-компульсивном расстройстве у 50-60% пациентов [23,71]. В отечественной психиатрии изучение резистентности проводилось в зависимости от клинико-психопатологической структуры депрессивного синдрома. В авторитетных исследованиях [11,4,42] было доказано, что высокой резистентностью обладают гетерономные депрессивные синдромы: анестетический, депрессивно-фобический и сенесто-ипохондрический - в 50-70% случаев. Доля же резистентных случаев при тоскливых, тревожных, адинамических, соматизированных и дисфорических вариантах депрессивного синдрома составляет 20-40% [27,42,26]. Однако, по данным Nirpius H. (1970) [67], гетерономные симптомы с одинаковой частотой наблюдаются как у резистентных к терапии больных, так и у нон-респондеров.

Для лечения резистентных психозов, в том числе и депрессивных, с начала XX века применялись разнообразные методы биологической терапии: ЭСТ, сульфазинотерапия (Schroeder-Knud, 1924); рентгенотерапия (Ратнер Я.А., 1924). С 1956 г. (Эй А., Дешан А., Бернар Е.) в психиатрии с той же целью применяется краниocereбральная гипотермия, с 1948 г. разгрузочно-диетическая терапия (Николаев Ю.С.), а с 1977 г. (Wagemaker) методы экстракорпоральной детоксикации - гемодиализ и плазмаферез. Кроме того, в настоящее время для преодоления резистентных к тимоаналептической терапии депрессивных состояний используются различные методы биологической терапии: ЭСТ, частичная депривация сна, гипобарическая оксигенация, люкс-терапия, микроволновая резонансная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция левой префронтальной зоны коры, латеральная терапия, парная микрополяризация, внутрисосудистое лазерное облучение крови, иглорефлексотерапия [3,4,9,10,20,21,44,64]. При этом, доказанным эффектом в отношении резистентных депрессий обладают электросудорожная терапия - в 50-65% случаев [50,69] и плазмаферез - в 65% случаев резистентных депрессий [24,31].

С точки зрения общей патологии [14] резистентность - это фундаментальная биологическая характеристика живого организма. Резистентность является частным случаем реактивности организма и понимается как степень устойчивости организма к тому или иному патогенному (условнопатогенному) фактору. Иными словами, если реактивность - это совокупность всех возможных, присущих организму способов реагирования на изменения условий внешней или внутренней среды, то резистентность - это индивидуальный выбор того или иного пути адаптивных реакций, конкретный защитно-приспособительный ответ организма. Резистентность является не абсолютной, а относительно целесообразной, будучи адаптивной на суборганизменном уровне, для организма в целом она может приводить к неблагоприятным последствиям. Например, резистентность к антидепрессанту, как к условнопатогенному фактору, носит

адаптивный характер по «невыгодному» для больного человека защитно-компенсаторному типу. Резистентность - генетически детерминированный процесс, сохраняющийся иммунологической и нейрональной и разворачивающийся на суборганизменном, организменном, популяционном (групповом) и видовом уровнях. С резистентностью тесно связано понятие толерантности, т.е. индукции ферментов и снижение плотности рецепторов, возникающие в ответ на введение лекарственных веществ. Толерантность может быть генетически детерминированной и приобретенной. Приобретенная толерантность наиболее изучена у опиатов, но возможна и при приеме других лекарственных веществ [18,22]. Так как резистентность бывает групповая и популяционная, то вполне возможна групповая толерантность к лекарственным веществам. Например, чем объяснить, такой известный из повседневной практики факт как значительное снижения эффективности антипсихотического действия ряда нейролептиков, в частности, аминазина, наблюдающееся даже у первичных больных на протяжении последнего десятилетия.

Рассматривая проблему резистентных к терапии депрессий, следует признать, что это чрезвычайно сложное явление, связанное, по меньшей мере, с четырьмя группами различных факторов.

I. Резистентность, связанная с процессом терапевтического вмешательства.

1. Абсолютная, генетически детерминированная резистентность ко всем медикаментозным и немедикаментозным методам терапии. Встречается у 10-18 % больных [27,49,52].

2. Генетически детерминированная толерантность к определенным антидепрессантам, вследствие индивидуальных особенностей метаболизма. Встречается у 15-17 % больных [59,72,95].

3. Конкурентное взаимодействие антидепрессантов с другими веществами, снижающее терапевтический эффект: кортикостероиды, антагонисты Ca⁺ каналов, барбитураты, нестероидные анальгетики, препараты наперстянки [19,27].

4. Неадекватное назначение антидепрессантов, несоблюдение пациентами режима терапии. По данным на 1996 г. встречается не менее чем у 50 % больных [49].

II. Резистентность, связанная с патофизиологическими факторами.

5. Наличие сосудистых, эндокринных, других интеркуррентных заболеваний, психогенных расстройств, органического церебрального фона и инволюционного периода. [11,13,19,27,67].

6. Нециклоидная конституция: шизоидные, истерические, сензитивные, ипохондрические, ананкастные, паранойяльные черты личности и гетерогенная наследственная отягощенность [11,19,27,67], что, по видимому, и составляет так называемый дефект темперамента [96] при «периодических дегенеративных психозах» старых авторов.

7. Наличие неблагоприятной социальной ситуации [11,19,27].

III. Резистентность, связанная с самим болезненным процессом.

8. Формирование негативной симптоматики: неспецифическое снижение энергетического потенциала [37], негативная аффектация [39], резидуальные

астенические состояния [16], нажитая реактивная лабильность [46], психопатоподобные или депрессивные изменения личности [37,46].

9. Затяжной или хронический тип течения депрессивного синдрома с циркулярностью в ремиссиях и медленно нарастающей прогрессивностью с формированием «депрессивного стиля жизни» [35].

10. Устойчивость гетерономных симптомов: обсессивного, ипохондрического, деперсонализационного. При этом остается непонятным генез, например, затяжной обсессии: она обладает устойчивостью как симптом, как регистр психической патологии, или как компенсаторный механизм?

IV. Резистентность, связанная с популяционными закономерностями.

11. Связанная с глобальной фазностью психической патологии.

Известно, что по мере развития цивилизации, происходит медленное, но постоянное изменение не только клинической картины конкретного заболевания (патоморфоз), но и самой структуры заболеваемости. Это и эпидемии сифилиса и проказы в европейских странах в XIII и в XIV-XV вв., и появление СПИДА в XX веке. Это и почти что полное исчезновение прогрессивного паралича к 60-м гг. XX столетия и резкий рост неврозов с начала прошлого века. В 1988 г. (Hare E.) [65] была сформулирована гипотеза «новизны» шизофрении. Автор, на основе анализа большого количества документальных источников, пришел к выводу, что психическая патология, которую можно было бы квалифицировать как «везаническую» (шизофреническую), в ведущих европейских странах, резко возросла с начала XIX столетия.

Проведенный нами анализ литературных данных позволяет сделать вывод, что с конца 50-х гг. XX века среди населения экономически развитых стран резко возросла заболеваемость депрессивными расстройствами. При этом с одной стороны, по сравнению с началом века новые синдромальные формы депрессии не возникли, различные депрессивные синдромы в популяции встречаются с примерно равной частотой, определенных данных о возрастании удельного веса какого-либо депрессивного синдрома нет. С другой стороны, течение депрессивного синдрома приобрело тенденцию к хронификации, без изменения спонтанной длительности фаз, но с формированием непродолжительных, низкого качества ремиссий и медленно нарастающей прогрессивностью по типу астено-депрессивного развития. Кроме того, по сравнению с допсихофармакологической эрой, применение антидепрессантов не вызвало существенных изменений в долгосрочном прогнозе депрессий. В то же время антидепрессивная терапия способствует более быстрой редукции наиболее «опасных» и ярких симптомов, что согласуется с данными Ciompi L., 1980 [58] по отношению к шизофрении. Количество же резистентных к терапии депрессий существенно не изменилось и составляет от 20 до 30 % от всех депрессивных состояний, что свидетельствует о необходимости поиска новых биологических методов их лечения.

12. Резистентность, связанная с культуральными факторами.

Резкий рост депрессивной патологии, возникший с конца 50-х гг. XX совпал с трансформацией «запад-

ного общества» из индустриальной в постмодернистскую культуру. Данное совпадение нам представляется не случайным. Ведь эпоха постмодерна характеризуется разрушением традиционного стиля жизни. Происходит постепенное вытеснение человека из реального общения в виртуальные миры, что, по-видимому, способствует формированию у него дерессивного мировоззрения.

В заключение мы хотим отметить, что понимание бредового и депрессивного расстройств в качестве болезней цивилизации не лишено основания. Если шизофрения распространилась в период индустриального общества, то депрессия является болезнью постмодернистской цивилизации. И если динамика шизофрении характеризуется тенденцией к приобре-

тению приступообразного течения с трансформацией клинического содержания от бреда одержимости к бреду особого значения и воздействия [47], то трансформация депрессивных расстройств происходит в сторону их хронификации и изменения болезненной симптоматики от идей самообвинения к депрессивному стилю жизни.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности поиска новых и модернизации известных методов биологической терапии депрессивных расстройств. Предложенную же схему резистентности необходимо учитывать при разработке более эффективных моделей медико-социальной реабилитации психически больных, повышения качества их жизни и уровня реинтеграции в обществе.

В.С. Підкоритов, Ю.Ю. Чайка

ДЕПРЕСИЯ ТА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті, на підставі літературних джерел, проаналізовані деякі епідеміологічні показники розладів депресивного спектру: розповсюдженість, синдромальна структура, тип перебігу, ефективність терапії. Порівняні показники на початок, середину та кінець ХХ ст. Запропонована класифікація факторів які підвищують резистентність депресії до терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 118-124)

V.S. Podkoritov, U.U. Chayka

DEPRESSION AND RESISTANCE

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

In the article some epidemiological characteristics of depressive disorders' spectrum based on the literary data are analysed: prevalence, syndromal frame, type of current, efficiency of therapy. It were compared the data on a beginning, middle and end of the XX century. The classification of the factors influencing on resistance of depressions to therapy is offered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 118-124)

Література

1. Авербух Е.С. Депрессивные состояния. – Л., 1962. – 193 с.
2. Авруцкий Г.Я., Прохорова И.С., Райский А. Роль соматических факторов в клинике и терапии так называемых маскированных депрессий. // Журн. невропатолог. и психиатр. – 1987. - № 4. – С. 29-38.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.Л. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
4. Авруцкий Г.Я., Мосолов С.Н., Шаров А.И. Сравнительная эффективность тимоаналептической терапии депрессивных и депрессивно-бредовых состояний при фазнопротекающих психозах // Социальная и клиническая психиатрия. – 1991. - № 1. – С. 84-91.
5. Аксенова И.О., Зубков Е.В., Кюне Г.Е. О некоторых подходах у дифференцированной терапии в ремиссиях после перенесенного затяжного депрессивного состояния. // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний. – Л., 1986. – С. 75-81.
6. Бирюкович П.В., Синицкий В.Н., Ушеренко Л.С. Циркулярная депрессия. – К.: Наукова думка, 1979. – 324 с.
7. Быховская М.В. Влияние сульфазинового лечения на различные формы душевных заболеваний и на основы психопатологического синдрома // Труды 1-й московской психиатрической больницы. – М. – 1939. – Вып. 2. – С. 268-286.
8. Ветроградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия. // Тревога и обсессии. – М., РАМН НЦПЗ, 1998. – С. 113-131.
9. Вовин Р.Я., Фактурович А.Я. Депривация сна как метод лечения эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. – 1985, № 3. – С. 140-159.
10. Вовин Р.Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1989. – С. 10-34.
11. Вовин Р.Я., Аксенова Л.И., Кюне Г.Е. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1989. – С. 151-181.
12. Гальбо Э.З., Чернина М.П. Рентгенотерапия депрессивных состояний маниакально-депрессивного психоза // Труды 1-го Украинского съезда невропатологов и психиатров. – Харьков. – 1935. – С. 414-424.
13. Жислин С.Г. Очерки клинической медицины. – М.: Медицина, 1965. – 320 с.
14. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – С. 47-83.
15. Зохар Дж. Новые направления исследования обсессивно-компульсивного расстройства: практические клинические приложения. // Тревога и обсессии. – М., РАМН НЦПЗ, 1998. – С. 33-53.
16. Иванов М.В., Рыбак Ю.Е., Штемберг К.С. Проблема дефектных состояний в клинике аффективных психозов. // Шизофренический дефект. – СПб., 1991. – С. 30-49.
17. Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. – М., 1914. – 419 с.
18. Катцунг Б.Г. Базисная и клиническая фармакология: в 2-х тт. – Т.1: Пер. с англ. – М.-СПб.: Бином, 1998. – С. 12-100.
19. Крыжановский А.В. Циклотимические депрессии. – К., 1995. – 271 с.
20. Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И. с соавт. Депрессивные расстройства. – К.: Здоровье, 1992. – 130 с.
21. Кутько И.И., Царицкий В.И., Бачериков А.Н., Павленко В.В. Нетрадиционные методы лечения эндогенных психозов. – К.: Здоровье, 1992. – 138 с.
22. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология: в 2-х тт. – Т.1: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1991. – С. 11-264.

23. МакГлинн Т.Дж., Метклаф Г.Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств: Пер. с англ. М., 1989. – 91 с.
24. Малинин Д.И., Неудва А.А., Куркази Э.Э. с соавт. Плазмаферез как средство преодоления резистентности к психотропным средствам у больных с обсессивно-компульсивными расстройствами // Тревога и обсессии. – М., РАМН НЦПЗ, 1998. – С. 229-232.
25. Марута Н.О., Мишиев В.Д. Сучасні форми депресивних розладів // Архів психіатрії. – 2001. – № 4(27). – С. 76-80.
26. Мишиев В.Д. Дифференциальная психофармакотерапия депрессивных состояний различной этиологии. // Журн. психиатр. и мед. психологии. – 1998. – № 1 (4). – С. 78-87.
27. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб: Медицинское информационное агенство, 1995. – 568 с.
28. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.
29. Пантелева Г.П., Абрамова Л.И. Ингибиторы обратного захвата серотонина в лечении типов эндогенных депрессий. // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – Т.100. – № 3. – С. 36-41.
30. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. – М., 1996. – 133 с.
31. Пішель В.Я. Деякі механізми терапевтичної дії плазмаферезу при ендогенних психозах // Архів психіатрії. – 2001. – № 1-2 (24-25). – С. 89-91.
32. Ротштейн В.Г. с соавт. Эпидемиология депрессий // Депрессии и коморбидные расстройства. – М.: РАМН НЦПЗ, 1997. – С. 138-164.
33. Рыбаков Ф.Е. Циклофрения // Труды психиатрической клиники Императорского Московского университета. – М., 1914. – № 2. – С. 1-182.
34. Сергеев И.И., Шмилович А.А., Бородин Л.Г. Условия манифестации, клинико-динамические закономерности. феноменология фобических расстройств. // Тревога и обсессии. – М., РАМН НЦПЗ, 1998. – С. 78-96.
35. Сеницкий В.Н. Депрессивные состояния. – К.: Наукова думка, 1986. – 272 с.
36. Смуглевич А.Б., Воробьев В.Ю., Завидовская Г.И. Вопросы дифференциальной терапии фазно протекающих депрессий. // Журн. невропатолог. и психиатр. – 1974. – № 6. – С. 912-918.
37. Смуглевич А.Б., Воробьев В.Ю. Психопатология шизофренического дефекта. // Журн. невропат. и психиатр. – 1988. – Т.88. – № 9. – С. 100-105.
38. Смуглевич А.Б., Ротштейн В.Г., Козырев В.Н., с соавт. Эпидемиологическая характеристика больных с тревожно-фобическими расстройствами. // Тревога и обсессии. – М., РАМН НЦПЗ, 1998. – С. 54-66.
39. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М., 2001. – 252 с.
40. Собенников В.С. Соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства. Сообщение 3. // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 2. – С. 23-27.
41. Темков И., Киров К. Клиническая психофармакология: Пер. с болгар. – М.: Медицина, 1971. – 354 с.
42. Тиганов А.С., Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства. – М.: РАМН НЦПЗ, 1997. – С. 12-26.
43. Целибева Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – 278 с.
44. Чуприков А.П., Линева А.Н., Марценковский И.А. Латеральная терапия. – К.: Здоров'я, 1994. – 176 с.
45. Шаманина В.М., Ромель Т.Э., Концевой В.А., Акопова И.Л. Затяжные депрессии при эндогенных психозах. // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М., 1970. – С. 59-74.
46. Штернберг Э.Я., Рохлина М.Л. О некоторых клинических особенностях депрессий позднего возраста. // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М., 1970. – С.41-52.
47. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
48. Ягодка П.Н., Ильинская А.А. О лечении душевных заболеваний прерывистым сном посредством амитал-натрия // Труды 1-й московской психиатрической больницы. – М. – 1939. – Вып. 2. – С. 85-126.
49. Яничак Ф.Дж., Дэвис Д.М., Айд Ф.Дж. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. – К.: Ника-Центр, 1999. – 694 с.
50. Adler G., Achenbach C. Verbal perseveration after right-unilateral ECT. // Eur. Psychiatry. – 2001. – N 16. – P. 75-78.
51. Almeida de L.A. et al. Electroconvulsoterapia. Estudio retrospectiva de 50 casos no HC-UNICAMP. // J. Bras. Psiquit. – 1999. – Vol. 48, N 11. – P. 493 – 498.
52. Altamura A.C., Percudani M. The use of antidepressants for long-term treatment of recurrent depression. // J. clin. Psychiat. – 1993. – Vol. 54, N 8. – P. 29-38.
53. Andrews G. et al. Why does the burden of disease persist. Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. // Bull. WHO. – 2000. – Vol.78/ - N 4. – P.446-454.
54. Angst J. et al. Recurrent brief depression. A new subtype of affective disorder // J. affect. Disord. – 1990. – N 19. – P. 87-98.
55. Angst J., Wicki W. The epidemiology of frequent and less frequent panic attacks // Psychopharmacology of panic. – N.Y., 1993. – 24 p.
56. Black D.W. et al. The importance of axis II in a patients with major depression // J. Affect. Dis. – 1988. – Vol. 14, N 2. – P. 15-32.
57. Bollini P. et al. Effectiveness of antidepressants. // Brit. J. Psychiatry. – 1999, 174, 297-303.
58. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long run // Brit. J. Psychiatry. – 1980. – N 136. – P. 413-420.
59. Cowen P.J. Pharmacological management of treatment-resistant depression. // Advances in Psychiatric Treatment. – 1998. – Vol. 4. – P. 320-327.
60. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders // Bull. WHO. – 2000. – Vol. 78. – N 4. – P. 413 – 426.
61. Depression guideline panel. Depression in primary care. Diagnosis and detection. Clinical practice guideline. – Rockville, US Dpt. of Health Care. – 1993. – Vol. 1. – 125 p.
62. Dworkin S.F. et al. Multiple pains and psychiatric disturbance // Arch. gen. Psychiatry/ - 1990. – Vol.47. – P. 239-244.
63. Goel N. et al. Summer mood in winter depressives. Validation of a structured interview. // Depress. and Anxiety. – 1999. – Vol. 9, N 2. – P. 83-91.
64. Grisar N. Transcranial Magnetic Stimulation in mania. A controlled study. // Am. J. Psychiatry. – 1998. – N 155. – P. 1608-1610.
65. Hare E. Schizophrenia as a recent disease // Brit. J. Psychiatry, 1988. – Vol.153. – P. 521-531.
66. Hecht H. et al. Anxiety and depression in a community sample // J. affect. Disorder. – 1990. – Vol. 18. – P. 1387-1394.
67. Hippus H. Синдромальная структура курабельных и резистентных к терапии депрессий. // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М., 1970. – С. 129-136.
68. Helmchen H. Therapy resistance in depression. // Problems of psychiatry in general practice. – 1991. – P. 97-106.
69. Harald A. et al. Continuation Pharmacotherapy in the Prevention of Relapse Following Electroconvulsive Therapy. // JAMA. – 2001. – N 285. – P. 1299-1307.
70. Hudson J., Pope Y. Affective spectrum disorder. // Amer. J. sychiat. – 1994. – Vol. 147, N 5. – P. 552-564.
71. Katz R.J. et al. Clomipramine in obsessive-compulsive disorder // Biol. Psychiatry. – 1990. – Vol.28. – P. 401-414.
72. Keller M.B. Course outcome and impact on the community // Acta psychiat. scand. – 1994. – Vol. 89. – P. 24-34.
73. Keller M.B. et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol.342. – N 20. – P. 1462 – 1470.
74. Klein D.E. The diagnosis and drug treatment of psychiatric disorder. – Baltimore, 1969. – P. 23-42.
75. Klein D.F. The treatment of atypical depression. // Europ. Psychiatry. – 1993. – Vol. 8, N 5. – P. 251-255.
76. Kupfer D.J., Frank E. The minimum length of treatment for recovery // Perspectives in psychiatry. – 1992. – Vol. 3. – P. 135-139.
77. Lapiere Y.D. Pharmacological therapy of dysthymia // Acta psychiatry. scand. – 1994. – Vol. 89. – P. 42-48.
78. Lecrubier Y. Depression in medical practice // WPA Bull. on depression. – 1993. – Vol.1. – P. 1-2.
79. Levin S. The management of resistant depression. // Acta psychiatry belg. – 1986. – Vol. 86, N 2. – P. 141-151.
80. Lydiard R.B. Comorbidity of panic disorder, social phobia and major depression // Controversies and convention in panic disorder / AEP symp, 1994. – P. 12-14.
81. Maria A. Inadequacy of Antidepressant treatment of patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. // Am. J. Psychiatry. – 1999. – N 156. – P. 190-194.
82. McElroy S. Comorbidity of depression / New direction of drug therapy of mental disorders. – Indianapolis, 1994. – P. 56-89.
83. Mukhtar A., Moriss R. Assessment and Management of Rapid-Cycling Bipolar Affective Disorder. // Advances in Psychiatric Treatment. – 1997. – Vol.3, N 6. – P. 367-373.
84. Nierenberg A.A. Treatment-resistant depression in the age of serotonin // Psychiatry Ann. – 1994. – Vol. 24, N 5. – P. 217-219.
85. Post R.M. et al. Modeling of affective illness // Depression as a lifetime disorder. – Lundbeck, 1994. – P. 29-51.
86. Prudic J. et al. Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. // Psychiatry Research. – 1990. – Vol. 31. – P. 287-296.
87. Rasmussen S.A., Tsuang M.T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. // J. clin. Psychiatry. – 1984. – Vol.45. – P. 450-457.
88. Rendon M. et al. APA Annal. Meeting. – 1994. – N 4. – P. 21-31.
89. Rothschild A.J. et al. Efficacy of the combination therapy in the treatment of psychotic depression. // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54. – P. 338-342.
90. Rouillon F., Chignon J.M. Psychiatric comorbidity of anxiety disorders in the year 2000. – Proceedings of the meeting held in Paris 9.06.1992. – P. 26-34.
91. Shader R.I. Manual of psychiatric therapeutic. – Washington, 1994. – P. 110-117.
92. Simon G.E. Long-term prognosis of depression in primary

care. // Bull. WHO. – 2000. – Vol. 78. – N 4.- P. 439-445.

93. Thase M.E., Rush A.J. When at first you don't succeed, sequential strategies for antidepressants non-responders. // J. Clin. Psychiatry. – 1997. – Vol.58. – P. 23-29.

94. Ustun T., Sartorius N. Mental illness in general health practice //An international study. – 1995. – N 4. – P. 219-231.

95. Way K., Young Ch. H. et al. Antidepressant utilization patterns

in a National Managed Care Organization // Drug Benefit Trends. – 1999. – Vol.11, N 9. – P. 6- 11.

96. Weitbrecht H.J. Депрессивные и маниакальные депрессивные психозы / Клиническая психиатрия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1967. – С.59-101.

97. Zisook S. Efficacy of bupropion // J. clin. Psychiatry. – 1991. – Vol. 11, N 1. –P. 20-29.

Поступила в редакцию 29.03.2002г.

УДК: 616.89-008

*А.В. Абрамов***ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Донецкий медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: адаптация, стресс, сотрудники органов внутренних дел

Труд сотрудников милиции относится к тем видам деятельности, отличительной особенностью которых является постоянное столкновение с опасностью. Чрезвычайные обстоятельства и экстремальные условия деятельности стали неотъемлемой частью профессионального опыта правоохранительных органов. У работников опасных профессий стресс как состояние психического напряжения, возникающее при столкновении субъекта с профессионально-специфичными событиями и ситуациями, вызывается, с одной стороны, повседневной напряженной деятельностью, приводящей к профессиональному истощению, а с другой - так называемыми «критическими инцидентами», во время которых им приходится стать свидетелями гибели или серьезных ранений людей, либо события в целом принимают катастрофический характер. Кроме того, существуют вторичные факторы возникновения стресса, обусловленные характером социальных отношений в подразделениях и усиливающие действие первичных факторов. К таким вторичным факторам относится недостаточность материального и морального поощрения, отказ в необходимой медицинской, психологической и социальной помощи, несправедливые обвинения, грубость и нетактичность окружающих - в частности, начальствующих лиц [1].

Соображения практики выдвинули в настоящее время в ведомственной науке на одно из важных мест проблему напряжения, перенапряжения и адаптации, связанную с функционированием органов внутренних дел (ОВД) в экстремальных условиях, где на человека воздействуют множество стрессогенных факторов.

Под психической адаптацией понимается непрерывный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса. Для описания результата адаптационного процесса используется термин «адаптированность». Психическая адаптированность включает уровень фактического приспособления человека, уровень его социального статуса и самоощущения удовлетворенности или неудовлетворенности собой и своей жизнью [2]. Согласно Ф.Б. Березину [3], психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении

психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям среды. Тем самым понятие психической адаптации является экстраполяцией принципа гомеостатического уравнивания на взаимодействие индивида и его окружения [4]. В то же время имеются и альтернативные точки зрения. Так, В.М. Воробьев [5,6] к психической адаптации относит психическую регуляцию только в состоянии стресса, в проблемной психической ситуации, признаки которой включают: а) наличие потребности в разрешении глобального конфликта; б) принципиальную неразрешимость глобального конфликта привычными средствами; в) связанную с этим высокую степень психической напряженности.

Важнейшей характеристикой психической адаптации является ее активно-приспособительный характер. Принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем, как указывает Ю.А. Александровский [7], является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуальная личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Соответственно адаптация человека проявляется возникновением приспособительных форм поведения при переменах обстановки [8]. Как подчеркивает В.М. Воловик [9], психическая адаптация - это активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивида с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни.

В 1936 году канадский физиолог Ганс Селье обратил внимание на то, что различные инфекционные болезни начинаются одинаково: подъем температуры, слабость, боли в суставах, ломота, озноб. Эксперименты подтвердили, что не только инфекции, но и такие вредоносные факторы, как охлаждение, ожоги, ранения, отравления, наряду с сугубо характерными только для них последствиями, вызывают ряд однотипных биохимических, физиологических и поведенческих реакций.

В 1956 году, спустя двадцать лет после своей первой публикации, Г. Селье дал такое определение стресса: «неспецифический ответ организма на любое требование, которое к нему предъявляется».

Это значит, что при различных экстремальных ситуациях внешне поведенческий ответ личности каждого человека будет разным, в то время как внутренний физиологический ответ будет одинаковым и вы-

разится в трех стадиях развития стресса.

Г.Селье показал независимость процесса приспособления организма человека от характера воздействия экстремального фактора. Воздействующие факторы (стрессоры) могут быть самыми различными, но независимо от своих особенностей они вызывают в организме человека однотипные изменения, обеспечивающие адаптацию [10,11].

То есть, и в результате функционирования личного состава МВД в условиях вооруженного конфликта, или обезвреживания вооруженных террористов при захвате заложников, или действий в условиях природных катастроф или техногенных аварий, изменения в организме этих людей будут происходить одни и те же, характерные для адаптационного синдрома по Г.Селье, хотя поведение будет разным.

Общепринятым является представление о том, что психика является «наиболее совершенным и наиболее ранимым аппаратом приспособления человека к социальной и экологической среде», соответственно при действии на организм экстремальных нагрузок, особенно в ситуации хронического напряжения, этот вид адаптации может нарушаться в первую очередь [12].

Изменение психического состояния сотрудника, находящегося на службе, в большинстве случаев вооруженного, может привести к нарушению привычного ритма общественной жизни; дезорганизовать работу государственных и общественных институтов, подвергнуть угрозе жизнь и здоровье людей, сохранность материальных ценностей, усугубить криминогенность обстановки и подорвать профессиональный авторитет сотрудников МВД среди населения [74].

Нарушение психической адаптации в условиях хронической стрессогенной ситуации развивается поэтапно, соответственно 3 этапам, рассматриваемым как последовательные стадии психологического кризиса [13,14]:

1) тревога, во время которой сопротивление организма понижается (фаза шока), а затем включаются защитные механизмы;

2) сопротивление, когда напряжением систем функционирования организма достигается его приспособление к новым условиям, предъявляющим повышенные требования;

3) истощение, в которой выявляется несостоятельность защитных механизмов организма и нарастает нарушение согласованности жизненных функций, наступает их рассогласование, дезинтеграция.

По нашему мнению, вышеописанные последовательные стадии психологического кризиса на физиологическом уровне аналогичны описанной Г.И. Кошицким [15] последовательности стадий хронического стресса. Трудность, замедленность или неполнота адаптации личности к измененным, особенно экстремальным условиям, проявляются в форме дезадаптированного отклоняющегося поведения [16]. Нарушение отдельных составляющих психической адаптации, согласно описанию Ф.Б. Березина [3], представляется при этом следующим образом:

а) нарушение собственно психической адаптации проявляется в форме пограничных психопатологических явлений, которые носят характер неврозов, функциональных расстройств, сопровождающихся ощущением болезни и определяющихся в основном интрапсихическими конфликтами.

б) снижение эффективности социально-психологической адаптации выражается тенденцией к возникновению неадекватного поведения в сфере межличностных отношений, которое зависит от особенностей личности, от ее неадаптивного формирования, и приводит к рассогласованию взаимодействия между индивидуумом и окружением (психопатические реакции или состояния);

в) ухудшение преимущественно психо-физиологической адаптации проявляется в психосоматических, или так называемых «функциональных» расстройствах (изменение психофизиологических соотношений, приводящее к нарушениям соматического здоровья);

Согласно международной классификации болезней — МКБ-10 (рубрика F-4), эти расстройства в настоящее время определяются как «невротические, связанные со стрессом, соматоформные». Они разделяются на группы расстройств; в рубрике F-43 «реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации», в рубрике F43.0 - «острая реакция на стресс» (ОСР), F43.1 — «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). Раздел F43.2. - «расстройства адаптации» - включает восемь симптомов, в том числе наиболее часто наблюдаемые «смешанные тревожные и депрессивные реакции», «смешанные расстройства эмоций и поведения» и другие.

Нарушение психофизиологической адаптации описывается в целом в рамках астеноневротических и ипохондрических реакций [17]. Именно астеноневротический синдром является наиболее универсальным проявлением любых состояний психической дезадаптации [7]. Он включает расстройства психической работоспособности при полной интеллектуальной сохранности (понижение «психического тонуса» - интенции, нарушение активного внимания, специфические изменения ассоциативной деятельности и др.), эмоциональные нарушения, развивающиеся на фоне измененного самочувствия (подавленность, беспредметное недомогание, сочетающееся с неудовольствием, раздражительностью, беспокойством), соматические и вегетативные дисфункции - головную боль, расстройства сна, приступы сердцебиения и прочие «физические симптомы с психосоциальными компонентами» [18]. Клинически подобные нарушения описываются как психовегетативный синдром [19,20], являющийся нарушением целостности психовегетативной организации и выражающийся в расстройстве координации психологических, в первую очередь эмоциональных, физиологических и вегетативных функций. Естественно, что различные варианты адаптационных нарушений проявляются не изолированно, а в определенных сочетаниях друг с другом, варьирующихся по степени выраженности и характеру преобладания одного из них. Так, в клинической психиатрии принято считать, что неврозы представляют собой не самостоятельные нозологические сущности, а только клинические варианты единого психогенного заболевания (синдрома психической дезадаптации), связанные между собой многочисленными переходными и смешанными формами [21]. Причина этого кроется в том, что возникновение состояния психической дезадаптации возможно не при дезорганизации отдельных определяющих адаптированную психическую активность подсистем, а толь-

ко при нарушении функциональных возможностей всей адаптационной системы в целом [7]. В случае затяжного протекания дезадаптоза указанные синдромы формируются поэтапно, в порядке нарастания степени выраженности нарушений.

1. Вначале происходит нарушение собственно психической адаптации, приводящее к снижению адекватности функционирования психической сферы и соответственно эффективности интеллектуальной деятельности. Происходит это вследствие того, что при дезадаптации функциональные звенья, обеспечивающие переработку информации - ее поиск, восприятие, анализ и синтез, хранение и использование - могут разрушаться, функционировать извращенно или на сниженном уровне [22]. Психическая напряженность проявляется в снижении устойчивости психических функций, приводящем к снижению эффективности деятельности, ее дезинтеграции [23], протекающем в следующих формах: тормозной (замедление выполнения интеллектуальных операций), импульсивной (ошибочные действия, суетливость) и генерализованной (срыв деятельности, сопровождаемый чувством безразличия, обреченности и депрессией).

2. На втором этапе добавляется ухудшение межличностного взаимодействия. Показано, что, следствием любого пограничного психического расстройства (дезадаптоза) является развитие в той или иной мере выраженной социальной дезадаптации [7].

3. Дальнейшее ухудшение состояния психической адаптации приводит к формированию более или менее отчетливых физиологических сдвигов. В выраженных случаях нарушения психической адаптации проявляются как клинически очерченные расстройства психического (а в связи с изменениями психофизиологических соотношений и соматического) здоровья, характер которых в существенной степени определяется преимущественным ухудшением того или иного аспекта психической адаптации [3]. При этом, по мнению того же автора, граница между дезадаптивными проявлениями (нормальные реакции личности, акцентированные личностные черты или адаптационные вегетативные реакции) и клинически выраженными психическими или психосоматическими расстройствами представляет собой не четкую линию, а более или менее широкую полосу с довольно большим числом переходных вариантов; именно возможность выявления таких зон неустойчивой адаптации позволяет своевременно осуществлять диагностику дезадаптоза и проводить психолого-коррекционные мероприятия (донозологическая диагностика и донозологическая терапия).

Особенностью нарушения психической адаптации в ситуациях, являющихся необратимыми, в которых действие завершено и событие невозможно изменить (потеря близких, несчастные случаи и т.п.), является возможность формирования неравновесных состояний низкого энергетического уровня, по терминологии А.О. Прохорова [24], и включающих в себя состояния безысходности, усталости, горя, подавленности и угнетенности, раздутья, тревоги, депрессии и неприязни. Подобные состояния характеризующиеся большой длительностью, продолжаясь годами и даже десятилетиями. Так, при психологическом исследовании жертв фашизма [25] было обнаружено, что даже по прошествии многих лет после заверше-

ния психотравмирующих ситуаций, реминисценции травматического опыта по-прежнему продолжают являться неотъемлемой частью их повседневной жизни, оказывая влияние на мировоззрение в целом, восприятие социальных отношений и самоидентификацию. У бывших военнопленных в катамнезе отмечаются наряду с посттравматическими стрессовыми расстройствами, нарушения социальной адаптации и тревожно-депрессивные расстройства [26]. Столь длительное существование психиатрической morbidity проявляется наличием у бывших узников войны даже спустя более чем 30 лет после освобождения симптомов депрессии, беспокойства, растерянности и эмоциональной отстраненности [27].

В качестве адаптивных психических процессов, противостоящих воздействию стрессоров и призванных предотвратить срыв психической адаптации, рассматриваются механизмы психической защиты [5]. Нарушение психической адаптации при этом обусловлено использованием неэффективных психических защит, не адекватных ситуации (вытеснение, рационализация и др.) или патологических эквивалентов (невротических симптомов, психопатических форм поведения, психотических феноменов). Как указывает А.А. Нальчаджан [28], не адекватные адаптивные стратегии или патологические эквиваленты обладают определенной целесообразностью на внутриспсихическом уровне, так как уменьшают психическую напряженность, но в то же время на более высоких уровнях снижают психическую адаптированность. В качестве подобных неоптимальных механизмов психической адаптации в стрессовых ситуациях описывается подавление отрицательных эмоций вкупе с избеганием поиска поддержки [29]. При этом посттравматическое подавление и отрицание эмоций оказывается адаптивным лишь в течение короткого времени [30].

На физиологическом уровне фазы развития дезадаптоза по мере накопления отрицательных эмоций, ухудшения состояния нервной системы (и организма в целом) вследствие затяжного характера стрессогенной ситуации и отсутствия выхода из нее, как мы упоминали ранее, описаны Г.И. Косицким [15]:

1. Фаза ВМА - внимание, мобилизация, активность.

2. Фаза СОЭ - стенические отрицательные эмоции (гнев, агрессия).

3. Фаза астенических отрицательных эмоций (тоска, отчаяние, депрессия, связанные с невозможностью выхода из ситуации). Известно, что отрицательные эмоции длительно удерживаются в центральной нервной системе и переходят в «застойное» состояние [31], или стационарную форму [32] за счет феномена суммации отрицательных эмоциональных возбуждений, вследствие функционирования физиологических механизмов, уподобляемых эпилептиформному синдрому [33].

4. Фаза срыва адаптации (невроз). На этой фазе хроническая психическая напряженность, «застойные» отрицательные эмоции приводят к формированию нового устойчивого состояния мозга, при котором происходит перестройка взаимоотношений коры и подкорковых образований, проявляющаяся в частности нарушением вегетативной регуляции внутренних органов (психосоматическая патология) и рассматриваемая в качестве динамического церебровисцерального синдрома эмоционального стресса [32].

Нарушения адаптации проявляются также в форме эмоционально-волевых расстройств, развития неврозоподобных состояний, неадекватного поведения [34].

Р. Лазарус, развивая учение о стрессе, выдвинул концепцию, согласно которой разграничиваются физиологический стресс, связанный с реальным раздражителем, и психический (эмоциональный) стресс, который предшествует ситуации, наступает заблаговременно [35]. При этом человек оценивает предстоящую ситуацию как угрожающе-трудную. Эти разделения, конечно, несколько условны. Ответ организма человека на экстремальную ситуацию всегда носит цельный характер,

При соотнесении понятий «системный» и «психологический» стресс, для человека зачастую системный стресс сводится к эмоциональному [3]. Исследования хронического стресса [34] показали, что в основном не физиологический, а именно «психический уровень адаптации явился наиболее чутким индикатором» стресса. По сути, для человека стресс как правило является индивидуально воспринимаемым феноменом, причина которого кроется в психологических процессах [36]. В качестве эмоционально-стрессового квалифицируется состояние организма, возникающее в результате психологической оценки ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой (аверсивной) при одновременной невозможности ее избегания [37]. Физиологические проявления при разных типах стресса однотипны, набор же психологических (эмоциональных, поведенческих) проявлений при психологическом стрессе разнообразнее [38]. Психическое, эмоциональное напряжение рассматривается при этом как форма стресса, наиболее адекватная для организма человека [39]. В связи с этим понятие стресса в психологических исследованиях предлагается несколько редуцировать, рассматривая его в первую очередь как состояние психической напряженности, операционной или эмоциональной [23]. Как отмечает К.В. Судаков [32], «центр тяжести исследования проблемы стресса из сферы нейроэндокринологических исследований перемещается в психическую сферу, основу которой бесспорно составляют эмоциональные переживания человека». Перечень факторов, являющихся причинами стресса у человека, включает [36]: физические факторы внешней среды, информационную нагрузку (необходимость ускоренной обработки информации), нарушенные (в результате болезни, нарушений сна и других причин) физиологические функции, психологические и психосоциальные факторы (отсутствие контроля над событиями, осознаваемую угрозу, изоляцию, групповое давление). При этом основным условием возникновения психологического стресса считается восприятие угрозы, особенно если угрозе подвергаются наиболее значимые для человека ценности [40]. Классификация психологического стресса осуществляется соответственно ведущим средовым факторам, вызывающим его возникновение [41]: внутриличностный (нереализованные притязания, потребности, бесцельное существование и т.п.); межличностный (субъективная оценка трудности межличностного взаимодействия, наличием актуальных конфликтов или угрозой их возникновения); личностный (при нарушении предписанных социальных ролей); семейный; рабочий (профессиональный, организационный);

общественный (испытывается большими группами населения в связи с экономическими проблемами, национальными и региональными конфликтами). В связи со спецификой набора провоцирующих стресс факторов, мы считаем необходимым выделить в числе форм психологического стресса в качестве отдельной формы стресс «сотрудника милиции», вызываемый воздействием на индивида стрессогенных факторов правоохранительной физической и социальной среды.

Исходя из представлений П.К.Анохина [42], стрессовые ситуации с наиболее мощными психосоматическими последствиями возникают на основе оборонительного возбуждения и произвольного подавления его моторных проявлений, что принципиально сходно с неотрагированными эмоциями человека; понятие «стресс» включает всю сумму реакций организма на нанесение чрезвычайного раздражения.

Ю.А. Александровский [7] считает, что возникновение состояний психической дезадаптации происходит при нарушении функциональных возможностей всей адаптационной системы организма в целом, а не отдельных подсистем. И при этом происходит прорыв барьера психической адаптации.

Г.Селье [10] отмечает, что ответ на экстремальную ситуацию у каждого человека разный (неспецифический), т.е. у одного поднимается давление, у другого открывается старая язва, третий дает психическую реакцию с переходами всей гаммы эмоций от нормальной поведенческой, до фиксированной патологической. При одинаковой нагрузке у каждого человека рвется слабое звено в цепи его организма. Вначале эмоциональная реакция формируется как гнев или страх, способствуя, соответственно, крайнему поведению - нападению или бегству. Однако такое поведение может и отвергаться, если оценивается сознанием как нецелесообразное. Движение к полюсу эмоции «гнева» и поведенческим проявлениям «нападения» выражается в организме усиленной выработкой адреналина. Снижение выработки этого гормона снижает уровень бодрствования и может приводить к движению к полюсу эмоции «страха» и поведенческим состояниям в виде обороны и бегства.

Хотя эмоции обуславливают физиологические аффекты и энергию активности, они сами по себе не определяют действий взрослого человека в экстремальных условиях, так как переживания данного момента интегрируются в целостное поведение на базе сознания и опыта.

Однако при действии стрессогенных факторов у всех людей одинаково разовьются стадии стресса, хотя внешнее поведение может быть разным. Одни капитулируют перед трудностями службы, другие мобилизуют все свои физические и духовные возможности, чтобы противостоять им.

Первая стадия стресса по Г.Селье - реакция тревоги (фаза шока), выражающаяся в мобилизации всех ресурсов организма, и в первую очередь сложных физиологических и биохимических, способствующих быстрому проявлению оборонительной реакции, или, как ее часто называют, «реакции борьбы и бегства». Эта реакция была сильно развита у наших предков и при малейшей угрозе обеспечивала им максимальную быстроту мобилизации сил, необходимых для борьбы с врагом, стихийными бедствиями или бегства от них. Но некоторые личности не выдерживают такой

мобилизации, и при воздействии интенсивных стрессогенных факторов у них могут возникнуть «острые реакции на стресс», (по МКБ-10, F43.0), которые более заметны на поведенчески психопатологическом уровне. Хотя по своей сути они тоже являются стрессогенно посттравматическими, многие [43,44] не считают их таковыми.

Стресс вызывает, прежде всего, активацию симпатической нервной системы (и ее медиаторов - адреналина и норадреналина) - ведь именно она является посредником между внешними воздействиями и состоянием внутренних органов. Активность этой системы направлена на мобилизацию ресурсов организма, на создание или увеличение его готовности к действию: учащаются или усиливаются сокращения мышцы сердца; глюкоза освобождается и выделяется в кровь, где служит готовым «топливом» для мышечной активности; кровоснабжение кожи и внутренних органов уменьшается (бледность лица при волнении), а мышц и мозга - увеличивается. Регуляцию работы внутренних органов, процессов обмена, кровообращения, пищеварения, дыхания, осуществляет вегетативная нервная система, которая старается всегда сохранить постоянство и равновесие внутренней среды организма, его гомеостаз - с помощью еще одной подсистемы - парасимпатической.

Парасимпатическая нервная система, в основном, обеспечивает снижение энергетического обмена, восстановление «запасов энергии», торможение, замедление и нормализацию функций систем организма. Медиатором (посредником), осуществляющим передачу возбуждения путем электрического импульса в нейроне, в парасимпатической нервной системе является ацетилхолин. Для развития стрессовых реакций у конкретной личности необходимо включение главного звена - «реакции борьбы или бегства». Только тогда происходит рефлекторная активация коры надпочечников и мощный вторичный выброс в кровь адреналина и норадреналина, при этом повышается артериальное давление, учащаются пульс и дыхание, повышается уровень холестерина в крови.

Е. Черепанова [44] считает, что на этой стадии человек находится в «предстартовой готовности», физически и психологически чувствует себя приподнято. На этой фазе часто психосоматические заболевания (гастриты, колиты, язвы, мигрени, аллергии) как бы проходят, но к третьей стадии возвращаются с утроенной силой. В качестве примера автор ссылается на события 1992 - 1993 гг., когда наше общество было стрессировано чрезвычайно быстрыми социальными, экономическими, политическими переменами. Именно в это время больницы и поликлиники опустели, так как люди вынуждены были мобилизовать все имеющиеся в их распоряжении адаптационные ресурсы, запас которых не безграничен, на выживание в сложных условиях.

Вторая стадия - адаптация, или сопротивление, когда организму удается за счет предшествующей мобилизации успешно справиться с вредоносными факторами. В этот период может наблюдаться повышенное стрессоустойчивости, которое происходит путем глубокой адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Раскрытые на первой стадии адаптационные резервы продолжают функционировать, человек приобретает опыт устойчивости и

уверенности в своей силе и действиях.

Еще исследования В.Кеннона [45] показали, что организм стремится всегда обеспечить постоянство и равновесие состава своей внутренней среды и уровней функционирования всех систем. Но, когда организму предъявляются новые требования, происходит перестройка, которая через цепь преобразований восстанавливает прежнее равновесие, но уже на ином уровне. При этом он подчеркнул, что новые условия могут определяться не только физическими раздражителями, но и психологическими причинами.

Если же не удастся приостановить действие стрессогенных факторов, наступает третья стадия стресса.

Третья стадия - истощение. Приспособительные возможности организма снижаются, накапливается усталость. В этот период человек хуже сопротивляется воздействию новых стрессоров, увеличивается опасность заболеваний. Вновь возникают сигналы тревоги, как в первой стадии, но теперь уже «внутри» на фоне истощения адаптационной энергии. В это время необходима помощь «извне»: либо поддержка систем адаптации (психотерапевтическая, медикаментозная, психологическая), либо устранение стрессоров. При достаточно сильных и частых стрессах в реакцию организма личности дополнительно вовлекаются эндокринные системы, действие которых является еще более длительным и может влиять отрицательно на внутренние органы. Повышается риск развития как инфаркта миокарда, инсульта, язвы желудка, гипертонии, так и функциональных «соматоформных расстройств» согласно МКБ-10 F45. Таким образом, можно предположить, что признаки развития расстройств, связанных со стрессом клинически выражаются не только в психических расстройствах, но и в соматических нарушениях.

По мнению В.П. Вахова [46], в качестве реакций адаптации в стрессогенной обстановке могут выступать гипердинамические (поведенческие, двигательные), гиперпсихические (коммуникативные, когнитивные) реакции, а также реакции вегетативной активации. Т.А. Немчин [47] особо выделяет в ситуации хронического нервно-психического напряжения дезадаптивные реакции, к которым в частности относятся отказ от сознательного контроля своего состояния и «захваченность» чрезмерным эмоциональным реагированием, либо оторванность от реальности, когда человек перестает отличать свои представления от действительности и погружается в мечты и фантазии.

Стойкая адаптация к условиям длительной нервно-психической напряженности приводит к переходу психики, всего организма человека в качественно иное состояние по сравнению с исходным. Поэтому даже при адекватном протекании адаптационного процесса, смена средовых условий с возвратом к нормальным условиям жизни и деятельности требует соответствующей реадaptации [48] - как психологической, так и социально-психологической (ресоциализации).

В целом, говоря о структуре процесса психической адаптации, необходимо подчеркнуть, что комплексное рассмотрение его, с учетом взаимных связей между эмоциями и физиологией, адаптацией психологической и социальной, неизбежным образом тре-

бует сочетания психологического и физиологического подхода, приводя по мнению С.Р. Kimball [50], «от психопатологии и патофизиологии к социопсихопатофизиологии, или психосоматической медицине».

Специалисты США всесторонне изучают механизмы возникновения стресса и возможные пути его предупреждения среди личного состава войск [51-57]. По их прогнозу, потери в результате получения психических травм в будущих войнах могут возрасти вследствие усиления напряженности боевых действий, повышения убойной силы оружия и общего усложнения обстановки на поле боя. В США также разрабатываются фундаментальные вопросы нейрофизиологии и поведения людей с целью более глубокого понимания воздействия на личный состав различных видов стрессогенных факторов, подробно изучаются поведенческие реакции и патофизиология стресса. Специалисты Натикского центра научно-прикладных исследований установили, что фаза устойчивого сопротивления воздействию факторов стресса характеризуется резким усилением деятельности определенных отделов головного мозга, что сопровождается ускоренным расходом медиатора нервных импульсов - норадреналина, от которого зависит способность организма противостоять факторам стресса. Нагрузки стрессовой ситуации ведут к истощению запасов норадреналина и требуют их быстрого наращивания, иначе в организме наступают нервно-психические нарушения, которыми характеризуется психическая травма.

Так, разрушая психологические, физиологические, адаптационные возможности человека, стресс, по-видимому, способствует развитию психических нарушений. Как же конкретно развиваются заболевания и меняется поведение человека после перенесенных стрессовых ситуаций? Некоторые заболевания, связанные со стрессом, - это результат излишней, повторяющейся «бомбардировки» органов избытком аварийных гормонов.

Ю.А. Александровский [58,59] в своих исследованиях много внимания уделяет клинико-психопатологическим проявлениям стресса и считает, что показателем психической дезадаптации является нехватка адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации, приобретающей индивидуально-экстремальный характер [56,59].

По данным врачей интернистов Германии, Франции и Австрии, у 25% обращающихся к врачу лиц обнаруживаются психовегетативные нарушения, функциональные нарушения органов, психосоматические заболевания и депрессивные состояния. Психические стрессоры вызывают более интенсивные реакции: в стадии тревоги одновременно с вегетативными и эндокринными защитными реакциями возникает также психическая готовность к борьбе, предрасполагающая к реакциям агрессии и страха.

S.J. Kaftarin [60] считает, что во второй стадии - адаптационного синдрома - многообразие психовегетативных расстройств способствует развитию у некоторых личностей ипохондрических расстройств (уходя в свои болезни, не всегда имеющие под собой объективную почву). В третьей стадии - истощения - в зависимости от конституционального предрасположения и иных факторов проявляются заболевания

внутренних органов или психические заболевания. Под влиянием хронического или постоянно повторяющегося стресса возникают депрессивные, ипохондрические, тревожные развития личности с возникновением риска развития алкоголизма, лекарственной зависимости, суицидального поведения (вторичные проявления воздействия стресса). Острым или хроническим стрессом могут быть спровоцированы проявления таких психических заболеваний, как эпилепсия, шизофрения и др. У людей пожилого возраста в 90% случаев развивается депрессия. Вышеуказанный автор для выработки стрессоустойчивости рекомендует обязательное применение психотерапии, считая, что без нее лекарственная терапия эффекта не дает.

В последнее время американское командование придает большое значение проблеме выработки у военнослужащих устойчивости к стрессам и расширения их психофизиологических возможностей. По оценкам военных психологов США, в современной войне в Европе до 50% всех потерь могут составить психические. Считается, что при достаточной подготовке личного состава и квалифицированной помощи более половины военнослужащих могут быть возвращены в строй через один - три дня. На основе этих выводов усиливается медико-психологическая подготовка солдат и офицеров. В штаты каждой дивизии включены психиатр, психолог и социолог. Осуществляются эксперименты по усилению стрессоустойчивости в бою с помощью медикаментозных средств. В ряде полевых уставов армии США подчеркивается, что достижение победы в войне в значительной степени зависит от состояния духа, физических способностей военнослужащих и их способности адаптироваться к экстремальным условиям с наименьшими потерями для своего организма [61-63].

Люди в отличие от животных, с одной стороны, располагают особой социальной системой материальной и духовной адаптации, с другой - их биологическая адаптация и дезадаптация зависят от различных социальных условий жизни и профессиональной деятельности. В современных социальных условиях происходит ускорение изменений в жизни, труде, быту людей, ритма жизнедеятельности, мобильности и миграции населения, освоения новых технологий. Все это требует новых форм и темпов физиологической и психической адаптации, новых средств и способов приспособления к быстро и резко меняющимся условиям. Учитывая сказанное, адаптацию личного состава системы МВД к резко и часто меняющимся условиям среды его функционирования, на наш взгляд, правомерно назвать медико-социальной.

Необходимо отметить, что на процесс физиологической адаптации оказывают влияние конституционно-типологические особенности, определяющие индивидуальную реактивность организма, его адаптационные особенности, своеобразие течения физиологических процессов, патологическое предрасположение [64]. В.П. Казначеев [65-67] описал три конституциональных типа, характеризующихся различными индивидуально-типологическими особенностями адаптации при длительном пребывании в экстремальных условиях.

1. Тип «спринтер» хорошо переносит действие раздражителей интенсивных по силе и кратковременных. В то же время он физиологически мало приспособлен

соблен к выдерживанию длительно действующих факторов средней и слабой интенсивности. Вследствие этого конституционально- адаптационные свойства «спринтеров» оказываются более выигрышными только в течение первых 2-3 лет пребывания в экстремальных условиях.

2. Тип «стайер» менее приспособлен к действию кратковременных и сильных экстремальных факторов. В то же время он способен сохранять повышенную устойчивость при нагрузках слабой и средней интенсивности, продолжительных по времени. Благодаря подобным конституционально- адаптационным свойствам «стайеры» после относительно кратковременной перестройки могут длительно сохранять оптимальный уровень адаптированности. В начальный же период адаптации (до одного года) «стайеры» по эффективности адаптации уступают «спринтерам».

3. Смешанный тип - «микст», занимает промежуточное положение между «стайером» и «спринтером».

Указанные закономерности представляется возможным распространить и на процесс адаптации к хронической психической напряженности. Так, две различные по скорости и устойчивости адаптации к условиям хронического эмоционального стресса группы, описываемые как группа успешной краткосрочной адаптации (с последующим ее срывом) и долгосрочной устойчивости, выделены при изучении психической адаптации мирного населения в зоне вооруженного конфликта [68].

В.И.Лебедев [69] считает, что границей, отделяющей обычные условия от измененных, являются такие ситуации, в которых под воздействием стрессогенных факторов психофизиологические и социально-психологические механизмы, исчерпав резервные возможности, более не могут обеспечивать адекватное отражение и регуляторную деятельность человека. И в этих случаях наступает психическая дезадаптация, или кризис.

В общем плане нарушение физиологической адаптации по мере углубления степени его выраженности от доклинических до клинически манифестных проявлений протекает соответственно следующим стадиям [70]:

а) донозологические состояния, при которых адаптационные возможности организма сохраняются за счет повышенного напряжения механизмов адаптации, соответственно 3 стадиям: умеренного, выраженного и резко выраженного функционального напряжения;

б) преморбидные состояния характеризуются снижением функциональных возможностей организма на фоне перенапряжения механизмов адаптации, протекая в две стадии: вначале с преобладанием неспецифических изменений при сохранности гомеостаза важнейших систем организма, а затем - с преобладанием специфических изменений со стороны определенных органов и систем, гомеостаз которых нарушен;

в) срыв адаптации, с развитием конкретных нозологических форм.

А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко [71] разделяют патологические и непатологические формы дезадаптации, относя к первым нозологические единицы клинической психиатрии, ко вторым - девиантное поведение не связанное с психическим заболеванием.

Если посмотреть на дезадаптацию с точки зрения

развития патогенеза стресса, то можно считать, что патологическая дезадаптация наступает при истощении адаптационных механизмов под воздействием стрессогенных факторов в третьей стадии стресса. Поэтому на одном полюсе развития адаптационного синдрома стоит начало физиологической адаптации, на другом - истощение, дезадаптация и развитие болезней.

По данным В.Р. Gersons, ностальгия у американских солдат, проходящих службу в Европе, довольно часто приводит к выраженным, психическим нарушениям. Часты были случаи самоубийства у бывших советских граждан, эмигрировавших в капиталистические страны [72].

Ц.П.Короленко отмечает [73], что чем длительнее срок жизни и работы на гидрометеорологических станциях, тем труднее люди реадаптируются к обычным условиям. Ряд лиц, проработавших в экспедиционных условиях на Крайнем Севере 10-15 лет, а затем переехавших на постоянное жительство в большие города, возвращаются на гидрометеорологические станции, не сумев реадаптироваться к обычным условиям жизни. Такие же проблемы возникали у ветеранов вьетнамской войны в Америке, афганской войны у нас. Можно вспомнить и ветеранов Великой отечественной войны, которые часто говорили о войне: «там мы знали, где враг, а где друг»... То же самое происходит сейчас с участниками чеченского конфликта.

Опираясь на накопленные обществом знания, познав объективные закономерности и сущность явлений внешнего мира, человек может приспособливаться к ним себя или их к себе. Овладение человеком идеологией или общественной психологией, господствующей в обществе, в том или ином классе, позволяет ему адаптироваться к их требованиям.

Таким образом, можно сказать, что адаптация - способность к приспособлению и выживанию для обеспечения жизни на всех уровнях сложности. Это основа поддержания постоянства внутренней среды и сопротивления стрессу. Как считает Г.Селье [10,11], есть два способа выживания: борьба и адаптация. Но чаще всего адаптация более верно ведет к успеху. Есть разные формы психической адаптации, например, безразличие к происходящим событиям, в каких-то ситуациях, может, это выход из положения, но ограниченный в возможностях. Безразличие не допускает сотрудничества, хотя и позволяет различным сторонам сосуществовать мирно. Сотрудничество как форма адаптации более выигрышно, так как дает возможность приобретения сторонников, которые могли бы оказать помощь.

Проблема адаптации и ее многоплановая социальная детерминированность все более возрастают в связи с развитием процессов демократизации в стране и отставанием создания соответствующей законодательно-правовой базы. В современных социальных условиях происходит стремительное ускорение изменений в жизни, труде, быту, в ритме жизнедеятельности людей. Такие изменения в обществе требуют от многих людей, и особенно от личного состава системы МВД, кардинальной переоценки ценностей, перестройки морально-нравственного отношения ко многим событиям, мобильности, жизненной активности, освоения новых подходов к жизненным про-

блемам, нового мышления. А для этого необходимы новые формы и темпы социальной и психической адаптации, технические и финансовые средства приспособления к быстро меняющимся условиям. Поэтому экстремальные условия функционирования органов внутренних дел и других силовых ведомств накладываются на общую социальную напряженность в обществе и являются вдвойне стрессогенными. Не все люди в силу своих биологических особенностей и возможностей могут это выдержать, поэтому в процессе болезненной адаптации выживают духовно и физически сильные, но как сильные, так и менее сильные нуждаются в обучении методам и способам выживания и повышения психофизической стрессе-устойчивости.

Исходя из сказанного, можно сформулировать, что стрессоустойчивость - психофизическое состояние человека, обеспечивающее оптимальную адаптацию к экстремальным условиям, позволяющее решать возложенные на него служебные и бытовые задачи без потерь (физических и психических), т.е. находясь в состоянии психофизического равновесия.

Сложное взаимодействие внешних социальных условий и внутренних, генетически унаследованных особенностей (личность с системой отношений и мотивацией деятельности), определяет состояние стрессоустойчивости в экстремальных условиях.

Стрессоустойчивость сотрудников МВД может быть обеспечена различными способами и видами подготовок. Чем всесторонне подготовлен сотрудник во всех сферах, тем выше его устойчивость к стрессам и психофизическим нагрузкам - кратковременным и долговременным.

В условиях службы в МВД это могло бы достигаться проведением систематической, целенаправлен-

ной комплексной медико-психологической, правовой, физической, огневой, боевой, технической подготовки. Это можно осуществить заблаговременным подбором адекватных к конкретным условиям способов и методов психотерапии и психокоррекции; всеобщим обучением личного состава конкретным способам и приемам, основу которого составляют практические занятия в системе служебной подготовки, тренинги и тренировки, командно-штабные учения, штабные тренировки и т.д.

В настоящее время, в условиях современной социальной перестройки нашего общества, служба сотрудников МВД во многом является сходной по стрессогенности с аналогичными службами в странах Запада и также способствует постепенному формированию у них расстройств, связанных со стрессом (МКБ-10). Возможно, в более тяжелой форме, так как в нашей стране в настоящее время нет обязательных унифицированных программ повышения стрессоустойчивости и обучения технике выживания в экстремальных условиях, программ психолого-психотерапевтической подготовки и социально-правовой защиты, какие имеются на Западе.

Поскольку не выработано определенного подхода к количественной оценке травматического опыта, в настоящее время нет возможности сделать общие выводы о связи профессионального травматического опыта сотрудников органов внутренних дел с феноменами посттравматических нарушений психики. Отсутствие разработки проблемы ПТСР у данного контингента лиц в отечественной психиатрии и психологии обуславливает необходимость проведения комплексных психодиагностических исследований и создания системы профилактических и реабилитационных мероприятий.

О.В. Абрамов

ЗАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ У СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецький медичний університет ім. М.Горького, Україна

В огляді проведений аналіз вітчизняної і закордонної літератури присвяченої питанням стресу й адаптації у співробітників правоохоронних органів, що знаходяться в умовах хронічної емоційної напруги. Розглянуто різні підходи до теорії виникнення стресу. Вивчено досвід фахівців США з проблем вироблення у військовослужбовців стійкості до стресів і розширення їхніх психофізіологічних можливостей. Підкреслено необхідність проведення комплексних психодіагностичних досліджень і створення системи профілактичних і реабілітаційних заходів для підвищення стрессостійкості співробітників органів внутрішніх справ в екстремальних умовах. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 125-134)

A.V. Abramov

GENERAL PROBLEMS OF MENTAL ACCLIMATIZATION IN CONDITIONS OF A CHRONIC EMOTIONAL STRESS FOR THE EMPLOYEES OF LAW-ENFORCEMENT BODIES

Donetsk medical university, Ukraine

In the review the analysis of the domestic and foreign literature dedicated to problems of a stress and acclimatization for the employees of law enforcement bodies located in conditions of chronic emotional stress is conducted. The different approaches to the theory of originating of a stress are reviewed. The experience of the specialists of USA on problems of development for the servicemen of stability to stresses and dilating of their psychophysiological capabilities is studied. The necessity of realization complex psychodiagnostik of researches both creation of a system of preventive and rehabilitational measures for increase stressresistance of the employees of law-enforcement bodies in extreme conditions is pointed out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 125-134)

Литература

1. Леви М.В. Методы выявления риска стрессовых расстройств у пожарных. Автореферат дисс. Кандидата психологических наук. М. 2000. 30с.
2. Столяренко Л.Д. Основы психологии. - Ростов-на-Дону: Изд. <Феникс>, 1997. - 736 с.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. - 270 с.
4. Психология. Словарь. / Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. - М.: Политиздат, 1990. - 496 с.
5. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. - №1. - С. 71-72.
6. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии. // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1993. - № 2. - С.33-39.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - Р.-на- Дону: Феникс, 1997. - 576 с.
8. Косицкий Г.И. Элементы физиологии труда, механизмы тренировки и адаптации. // Физиология человека. / Под ред. Г.И.Косицкого. - М.: Медицина, 1985. - 560 с. - С. 531-532.
9. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. - М.: 1975. - С.79-89.
10. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960. С. 36.
11. Селье Г. На уровне целого организма. М.: Наука, 1966. - 133 с.
12. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. - Нсб.: Наука, 1981. - 176 с.
13. Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 200с.
14. Caplan G. Emotional crises. // The encyclopedia of mental health. - N.Y. - 1963, V.2, p.521-532.
15. Косицкий Г.И., Смирнов В.М. Нервная система и стресс. - М.: Наука, 1970. - 200 с.
16. Платонов К.К. Структура и развитие личности. - М.: Наука, 1986. - 256 с.
17. Раков А.Л., Мандрыкин Ю.В., Замотаев Ю.Н. Результаты аутогенной тренировки у пациентов с ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования. // Военно-мед. журнал. - 1997. - Т. 318, №2. - С. 37-41.
18. Hellman C.J., Budd M., Borysenko J., McClelland D.C., Benson H. A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. / Behav. Med. - 1990. - V.16, №4, pp. 165-173.
19. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. - М.: Медицина, 1981. - 320 с.
20. Сидоренко Г.И., Борисова Г.С., Агеенкова Е.К. Психофизиологические аспекты кардиологических исследований. - Минск: <Беларусь>, 1982. - 142 с.
21. Ковалев В.В. Принципиальные вопросы нозологии, этиологии, систематики и клиники неврозов. // Третий Всесоюзный конгресс невропатологов и психиатров. Труды. - М.: 1974. - Т. 2. - С. 74-77.
22. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: введение в психологию активности. - М.: Политиздат, 1987. - 286 с.
23. Наенко Н.И. Психическая напряженность. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. - 112 с.
24. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния человека. // Мир психологии. - 1998. - № 2 (14). - С. 35-40.
25. Kruse A., Schmitt E. Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der Zeit des Nationalsozialismus bei (ehemaligen) jüdischen Emigranten und Lagerhäftlingen. // Gerontol. Geriatr. - 1998. - V.31, №2, pp. 138-150.
26. Ursano R.J., Rundell J.R. The prisoner of war. // Mil. Med. - 1990. - V.155, №4, pp. 176-180.
27. Sutker P.B., Winstead D.K., Galina Z.H., Allain A.N. Assessment of long-term psychosocial sequelae among POW survivors of the Korean Conflict. // J. Pers. Assess. - 1990. - V.54, №1-2, pp. 170-180.
28. Налычаджан А.А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, методы, стратегии). - Ереван: Изд. АН Арм. ССР, 1988. - 263 с.
29. Kotler T., Buzwell S., Romeo Y., Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. // Br. J. Med. Psychol., 1994. - V.67, Pt.3, pp. 237-245.
30. Boehnlein J.K., Sparr L.F. Group therapy with WWII ex-POW's: long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population. // Am. J. Psychother. - 1993. - V. 47, №2, pp. 273-282.
31. Ведяев Ф.П., Воробьева Т.М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. - Киев: Здоров'я, 1983. - 136 с.
32. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. - М.: Медицина, 1981. - 232 с.
33. Гелльгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. - М.: Мир, 1966. - 519 с.
34. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. - Л.: Наука, 1978. - 271 с.
35. Lazarus R.S. Environmental Planning in the Context of Stress and Adaptation: Symposium «Society, stress and disease». Stockholm, Oxford. April, 1970. -436p.
36. Тигранян Р.И. Стресс и его значение для организма. - М.: Наука, 1988. - 176 с.
37. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. Патологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика. - Киев: Наукова думка, 1986. - 272 с.
38. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. - М.: Изд. МГУ, 1984.
39. Панин Л.Е. Биохимические механизмы стресса. - Нсб.: Наука, 1983. - 234 с.
40. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. // Эмоциональный стресс /Под ред. Л.Леви.- Л.: Медицина, 1970.- 328 с. - С. 178- 208.
41. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. - М.: Ин-т психологии РАН, 1995. - 128 с.
42. Анохин П.К. Избранные труды. - М.:Наука,1978.-400с.
43. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях: Методич. пособие. М.: Академия МВД РФ, 1996. С. 3 - 27.
44. Черепанова Е. Психологический стресс. М., 1996. - 94 с.
45. Кэннон Б. Физиология эмоций. Л., 1927. С. 9.
46. Вахов В.П., Исаев А. Б. и др. Клинико-психологическое изучение особенностей психического реагирования очевидцев крупной катастрофы и участников ликвидации ее последствий / Экстремальная физиология, гигиена и средства индивидуальной защиты: Матер. 3-й Всесоюз. конф. М.,1990. С. 9.
47. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Автореф. дисс... докт. психол.наук. - Л., 1984. - 32 с.
48. Платонов К.К. Структура и развитие личности. - М.: Наука, 1986. - 256 с.
49. Kimball C.P. Liaison psychiatry as a systems approach to behavior. [Review] // Psychother. Psychosom. - 1979. - V.32, №1-4, pp. 134-147.
50. Сандомирский М.Е., Гизатуллин Р.Х., Стоянов А.С., Димитров А.Д. Роль психологического тестирования лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, в психологическом обеспечении деятельности ОВД. // Актуальные вопросы психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел. / Материалы 3-ей Республ. научно-практ. конф.- Уфа: Уфимск. юридич. ин-т, 1999. - С. 80-82.
51. Воробьев А. Разработка методов и средств предупреждения боевых психических травм с армии США // Зарубежное военное обозрение. 1992, № 3,4, 5. С. 43-45.
52. Dancii C. V. Reability and Validity a Brief Instrument for Assessing Post - Traumatic Stress Disorder // J.Traum. Stress. 1993, №4. V.6. P. 459-473.
53. Freedy J.R., et al.Unlerstanding Akute Psychological Distress Following Natural Disaster//J. Traum. Stress. 1994, № 2. V.7. P. 257-273.
54. Fritz C.E.,Marks E.S. The NORC studies of human behavior in disaster II]. Soc. Iss. 1954. V.10. P. 26-41.
55. Figley C.R. (Ed) Stress Disorders Among Bietnam Veterans. New York: Bruner, Masel, 1978. -236p.
56. Herman J.L. Complekx PTSD: A Syndrom Survivors of Prolonged and Repeated Trauma //J. Traum. Stress. 1992, № 3. V.5. P. 377-391.
57. Horn J.M. Critikal incidents for law enforcement officers // Critical incidents in Policing. Revised. Washington, DC.. 1991. P. 143-148.
58. Александровский Ю.А. и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. С. 96.
59. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1996. -112с.
60. Kaftarian S.J. Burnout in mental Health workers after major disasters: The Armenian earthquake experience // Медицина катастроф. Матер. межд. конф. М., 1990. С. 477.
61. Данилов А. Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. 1991, № 9. С. 11-16.
62. Reiser M. Stress, Distress and Adaptation in police Work // I lie police Chief, USA. 1976, № 1. p. 24-27.
63. Van der Kolk B.A. Pierre Janet and the breakdown oraditption in psychological trauma // Am. J. Psychiatry. 1989, № 12 (146). P. 1530-1540.
64. Симеонова Н.К. Роль конституции в патологии. // Патологическая физиология / Под ред. Н.Н.Зайко. - Киев: Вища школа, 1985. - 575 с. - С. 68-73.
65. Казначеев В.П. Биосистема и адаптация. - Нсб: Наука, 1973. - 76 с. 58.

66. Казначеев В.П., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. - Нсб: Наука, 1986. - 148 с.
67. Казначеев В.П. Феномен человека. - Нсб.: Новосибирское книжное издательство, 1991. - 128 с.
68. Berk J.H. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers of Bosnia. // Psychoanal. Rev. - 1998. - V. 85, №4, pp. 640-658.
69. Лебедев В.И. Групповая изоляция. // Психические состояния. / Сост. и общ.ред. Л.В.Куликова. - СПб.: <Питер>, 2000. - 512 с. - С. 414-416.
70. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Максимов А.Л. Валеология и проблема самоконтроля здоровья в экологии человека. - Магадан: МНИЦ <Арктика> ДВО РАН, 1996. - 56 с.
71. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения.- М.: б/и, 1980. - 48 с.
72. Gersons V.P. Patterns of PTSD among police officers following shooting incidents: A two-dimentional model and treatment implications //J. Traim. Stress. 1989. V. 2(3). P. 247-257.
73. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях.- Л.: Наука, 1978. - 271 с.
74. Човдырова Г.С. Психопрофилактика расстройств, связанных со стрессом и проблемы повышения стрессоустойчивости личного состава МВД России в экстремальных условиях. Автореферат дисс. д.м.н. Москва. - 2000. - 52С.

Поступила в редакцию 27.06.2002г.

УДК 616.89-055.5/7:616.89-02-055.2

*Т.Л. Ряполова***ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИНЫ И ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: психические расстройства у женщин, функционирование семьи, члены семьи

Психические расстройства встречаются у людей во всех уголках мира, независимо от возраста, культуры, социально-экономического положения и пола. Тем не менее, установлен ряд общих закономерностей распределения отдельных форм психической патологии, в том числе, связанных с полом. Половые роли первично биологически детерминированы и связаны с начальным разделением труда в данной культуре. Существует три объяснительные модели половых различий в нервно-психическом здоровье, каждая из которых основана на соответствующем объеме эмпирических данных. Психофизиологический подход связывает особенности женского организма с большей предрасположенностью к нервно-психическим заболеваниям. Два других объяснения основаны на ролевой теории. В первом объяснении акцентируются множественность ролей и повышенное социальное давление, характеризующее социальную роль женщины в современном обществе. Нервно-психическая патология выступает как реакция на ролевую перегрузку. Второе объяснение основано на существовании социально-ролевых стереотипов, формирующихся уже в процессе первичной социализации. Культурно детерминированные нормы предписывают женщине при переживании трудностей болеть, принимать лекарства и обращаться за медицинской помощью, тогда как мужскому стереотипу реакции соответствуют агрессия и алкоголизация.

У женщин, которые составляют 52% населения, клинические проявления и исходы психических расстройств иные, чем у мужчин [38].

Сравнительный анализ эмпирических данных, полученных при исследовании психических расстройств, выявляет определенные стойкие тенденции, прослеживаемые в разных странах и в различном социальном контексте: среди женщин чаще встречаются симптомы депрессии и тревоги, а также неспецифические психические расстройства и психологический дистресс, тогда как среди мужчин более распространены расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами. Так, было установлено, что среди населения частного сектора (Великобритания), женщины чаще, чем мужчины, страдают невротическими расстройствами, а у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин, диагностируется алкогольная зависимость и 2 раза чаще — зависимость от психоактивных веществ [55]. На депрессивные расстройства приходится почти 30% нетрудоспособности по причине нейропсихиатрических расстройств среди женщин, и только 12,6% — среди мужчин. С алкогольной и наркотической зависимостью картина

обратная: она является причиной 31% психоневрологической нетрудоспособности среди мужчин, а среди женщин этот показатель составляет всего 7%. Из этого делается вывод, что для мужчин характерна тенденция при любых негативных переживаниях, психологическом дискомфорте обращаться к психоактивным веществам и выражать испытываемые отрицательные эмоции через агрессивное поведение — вот почему при опросах они реже описывают проявления психологического дистресса, что ведет к недооценке данного феномена. А у женщин дистресс часто выражается в форме депрессии, тревоги, «нервности» и т.п. Более пристальное изучение социального и культурального подтекста, связанного с содержанием понятия «нервности», нередко указывает на такой фактор, как конфликты на почве распределения власти в семье, в локальном сообществе или в государстве в целом [22,32].

Среди женщин выше распространенность случаев депрессии, дистимии, сезонного аффективного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, панических приступов, фобий и преднамеренных самоповреждений [41].

Показатель распространенности тяжелой депрессии на протяжении жизни почти в 2 раза выше среди женщин, чем среди мужчин. По некоторым данным депрессией страдают более 20% женщин в популяции [35]. Считается также, что показатели легких, но хронических форм депрессии и дистимии выше среди женщин. При этом наличие предменструального (дисфорического) синдрома может повышать показатель распространенности депрессии [38].

Генерализованное тревожное расстройство больше распространено среди женщин, у них же в 3 раза выше, в сравнении с мужчинами, риск развития панических атак [17]. Кроме того, у женщин чаще развивается посттравматическое стрессовое расстройство [48].

Преднамеренные самоповреждения, являющиеся показателем социальной депривации, этиологически тесно связаны с такими социальными проблемами как безработица, стесненные жизненные условия, злоупотребление психоактивными веществами, физическое и сексуальное жестокое обращение в детстве, домашнее насилие. Возрастает доля женщин, нуждающихся в госпитализации по поводу преднамеренных самоповреждений [31].

Наиболее заметны присущие полу различия при расстройствах пищевого поведения: свыше 90% пациентов с нервной анорексией — женщины. Из индивидов, страдающих нервной булимией, 90% —

женщины, а заболеваемость среди молодых женщин — 52 случая на 100 тыс. населения. Соотношение женщин и мужчин, страдающих расстройством с эпизодом переедания, составляет 3:2 [39].

У женщин наблюдаются особые периоды в жизненном цикле, для которых характерен высокий риск развития определенных расстройств. Они включены в МКБ-10 в главу XV «Беременность, роды и послеродовой период» (О 00 – О 99); к О 99.3 относятся психические расстройства и заболевания нервной системы, которые осложняют беременность, роды и послеродовой период, а также состояния, перечисленные в рубрике F00 — F99. В клинической практике выделяют унылые периоды материнства, послеродовую депрессию и послеродовой психоз [45]. Показатель распространенности случаев послеродового психоза составляет примерно 0,2%, а послеродовой депрессии — 10-15%. У первородящих женщин в первый месяц после рождения ребенка риск развития психоза и необходимости госпитализации может повышаться в 35 раз [34].

Как указывалось выше, наиболее распространенным является мнение о том, что женщины реже, чем мужчины, злоупотребляют алкоголем и запрещенными психоактивными веществами. Однако результаты последних исследований свидетельствуют о сокращении этого разрыва. Соотношение между мужчинами и женщинами с алкогольной зависимостью в «эпидемиологическом исследовании района обслуживания» [28] составило 5,2:1, по данным «Национального опросника относительно коморбидности» — 3:1 [16].

Показатели болезненности и заболеваемости шизофренией, психозами и биполярными аффективными расстройствами («тяжелые психические заболевания») у мужчин и женщин не имеют существенных различий. Однако демографические данные, клиническая симптоматика и исходы некоторых психических расстройств у мужчин и женщин могут существенно различаться. Шизофрения у мужчин начинается в раннем возрасте, характеризуется плохой адаптацией в преморбидном периоде [24], имеет явно более тяжелое течение, а также неблагоприятный исход, в то время как у женщин это заболевание начинается позже и имеет более выраженный аффективный компонент [18]. Способности в преморбидном периоде, компетентность в сексуальной и социальной жизни у больных шизофренией женщин выше [40]. Кроме того, у них это заболевание имеет тенденцию к более благоприятному течению со стихающей психопатологической симптоматикой и с более успешной социальной адаптацией [23].

Во всем мире наибольшую нагрузку по уходу за психически больными несут их семьи. Формы и структура семьи в каждом конкретном обществе могут иметь свои специфические особенности; возможности, которыми располагают семьи, чтобы реагировать на проблемы, связанные с психическим заболеванием, также далеко не одинаковы. Однако любая система здравоохранения включает в себя семьи и в значительной мере зависит от них. Таким образом, семьи составляют центральный стержень всей системы, предоставляющий помощь лицам с психическими расстройствами. В подобных случаях страдает не только больной, но его близкие, поскольку его бо-

лезнь тяжким бременем ложится на семью. Поиски помощи нередко истощают скудные ресурсы семьи; заботы о больном поглощают львиную долю времени и энергии его близких, так что на все остальные аспекты жизни мало что остается [36,37].

В качестве малой группы семья служит специфическим посредником между личностью и обществом, и положение личности в обществе во многом опосредовано семьей. Большинство социологических исследований посвящено рассмотрению функций семьи по отношению к обществу, среди которых выделяются хозяйственно-экономическая, биологического воспроизводства и социализации, или социального воспроизводства [1]. В тесной связи с хозяйственно-экономической функцией семьи рассматривается положение в ней женщины, эволюция семьи и распределение ролей между ее членами [2,14]. В целом отмечается прогрессирующий упадок патриархального уклада семьи и разрыхление связей между ее членами [29]. Одним из следствий перераспределения ролей в экономически развитых странах является утрата отцами самостоятельных функций в связи с ослаблением хозяйственно-экономической и усилением эмоциональной функции семьи. В то же время отцы по традиции считают свой вклад в семью решающим. Эта противоречивая ситуация представляет собой типичное проявление внутриволевого конфликта. Процесс смены функций и внутренней организации семейной жизни и делает мать ведущей фигурой в семье. Вместе с тем, смещение интересов женщины во внесемейную сферу сопровождается ослаблением эмоциональных связей матери с ребенком [1].

На протяжении всего жизненного цикла семья сталкивается с самыми различными трудностями и неблагоприятными условиями. И сами трудности, с которыми сталкивается семья, и их последствия становятся объектом интереса социологов, психологов, психиатров. Исследования в этой области распределяются в основном по двум направлениям. Первое — исследование семьи в условиях трудностей, возникших в силу неблагоприятного воздействия социальных процессов: войн, экономических кризисов, стихийных бедствий и т.п. Второе направление — изучение «нормативных стрессоров» — трудностей, встречающихся в обычных условиях, в том числе, когда тяжелое заболевание одного из членов семьи нарушает ее жизнь. Исследователями определены сложно опосредованные связи между истинными источниками трудностей и их осмыслением членами семьи; выявилось относительно независимое воздействие на жизнь семьи как объективных трудностей и связанных с ними нарушений, так и субъективного представления о них [46]. Среди видов субъективно-осознания членами семьи нарушений в ее жизнедеятельности в настоящее время наиболее изучены мотивы семейных конфликтов и разводов [11], проблемы и поводы обращения в семейную консультацию [6,10]. Разнообразны последствия воздействия трудностей на семью, они затрагивают различные сферы жизни семьи, нарушаются такие функции семьи как эмоциональная, духовная, сексуально-эротическая, репродуктивная, хозяйственно-бытовая, воспитательная, функции социализации, социальной интеграции, защитная, ролевая, персоналистическая, сохранения здоровья, психотерапевтическая, реабилитационная.

литационная [7]. При рассмотрении нарушений жизнедеятельности семьи учитывается также и то, как они действуют на ее членов: как правило, в результате те или иные потребности остаются неудовлетворенными, что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из важных, с точки зрения семейной психотерапии, последствий нарушений является их психотравмирующее воздействие — неблагоприятное воздействие на психическое здоровье индивида. Семья может вызывать нарушения психического здоровья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов. С точки зрения семейной психиатрии, психическая травма — это явление, возникающее на пересечении неблагоприятных воздействий нарушений семьи и психических расстройств личности. Нарушения жизнедеятельности семьи вызывают психическую травму; развитием этой травмы или реакцией на нее является нервно-психическое расстройство индивида — члена семьи. Среди многочисленных семейно-обусловленных травматизирующих состояний особенно важную роль играют состояние глобальной семейной неудовлетворенности, «семейная тревога», семейно-обусловленное неспособное нервно-психическое и физическое напряжение, чувство вины [15].

Для успешного функционирования семьи каждый член ее должен обладать определенными семейно-необходимыми качествами (потребности, необходимые для мотивирования участия индивида в жизни семьи; широкий круг способностей, навыков, умений; столь же широкий круг волевых и эмоциональных качеств). Такие нервно-психические расстройства, как невротические, расстройства влечений (алкоголизм, ревность) или личности, умственная отсталость, психозы травмируют именно семейно-необходимые качества. По мере развития заболевания, как правило, постепенно исчезают качества, необходимые для успешного функционирования семьи: наблюдается извращение потребностей, снижение способности понимать других членов семьи, волевых качеств и т.д. Эти личностные нарушения неблагоприятно воздействуют на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь становятся фактором травматизации для других членов семьи [6,15,29,46].

Можно выделить 3 аспекта семейных исследований в психиатрии: а) изучение типологических особенностей родителей и характера взаимодействия в семьях больных; б) исследование особенностей восприятия болезни родителями и понимание больного в семье; в) изучение влияния семьи на проявление болезни и приспособляемость больных [5]. В последнее время все больше внимания стало уделяться проблемам влияния изменившегося в процессе развития психического расстройства члена семьи на семейное функционирование.

В целом ряде исследований, посвященных семьям лиц с нервно-психическими нарушениями [20,30], прослеживаются попытки определить степень нагрузки на такую семью. Так, выделяются объективные и субъективные трудности, с которыми сталкивается семья. Объективными трудностями исследователи называют возросшие расходы семьи, неблагоприятное воздействие сложившейся ситуации на ее членов,

нарушение распорядка и ритма жизни семьи. Субъективными трудностями — разнообразные переживания в связи с психическим заболеванием одного из членов семьи: горе, чувство вины и страха, вызванные ненормальным поведением больного [30]. Особенности личности психически больного во многом противоречат социальным ожиданиям других членов семьи, их представлениям о том, каким должен быть этот человек, поэтому эмоциональная реакция на его поведение и многие особенности личности — это, как правило, возмущение, раздражение, горечь. Члены семьи часто говорят о том, что им очень не повезло в жизни, что они завидуют другим людям, у которых нормальная семья. В результате у них развивается упомянутое выше состояние глобальной семейной неудовлетворенности. Особенно стимулируют эту неудовлетворенность ощущение вины (своей и больного) за болезнь, поведение пациента, длительность болезни, степень нарушения обыденной жизни семьи [15]. Эти же авторы констатируют глубокое сходство семей, в которых имеется член семьи с нервно-психическим расстройством. Динамика таких семей может быть следующей. Значительное внутреннее и внешнее давление на нее, неудовлетворенность ее членов своей семейной жизнью, фрустрирующие состояния нервно-психического напряжения, тревоги, вины — все это приводит к тому, что ее структура и отношения в ней весьма неустойчивы. Существующее положение воспринимается как труднопереносимое, и члены семьи напряженно ищут выхода из него, в результате чего семья испытывает сильные побуждения к изменению. Тенденции развития таких семей различны: в одних семьях появление индивида с нервно-психическими расстройствами приводит к постепенному ухудшению обстановки в семье, нарастанию в ней числа факторов, усугубляющих расстройства, нарушению семейного функционирования; в других — приводит к мобилизации семьи, усилению ее стабильности, снижению конфликтности [15,19,20]. Проведенный литературный поиск практически не выявил работ, посвященных проблеме воздействия психически больной женщины на функционирование семьи. Исключение составляет исследование проблемы в отношении женщин, страдающих депрессией.

Достоверно установлено, что проблемы в семейных отношениях могут приводить к развитию депрессии. Внимание многих исследователей привлекает вопрос о рассмотрении депрессии как причины нарушений супружеских отношений. Так, выявлена связь между напряженностью в семейных отношениях с аффективными нарушениями у одного из супругов [47], а также нарушения практически всех изученных аспектов супружеских взаимоотношений, обусловленных депрессивным расстройством [53,54]. Особенно выраженными в данном исследовании были коммуникативные нарушения, зависимость от супруга, сексуальные проблемы и снижение интереса к половым отношениям, чувство вины, обидчивость и уменьшение привязанности. Все эти нарушения подавались коррекции в различной степени по мере редукции других проявлений депрессии. Один из изученных показателей имел особое значение для оценки супружеских отношений — разногласия в отношениях. У женщин, страдающих депрессией, вы-

явлены повышенная раздражительность и гневливость, которые были связаны с отдельным фактором, соответствующим степени близости в отношениях. Проблема повышенной гневливости особенно актуальна с точки зрения супружеских отношений. Супруг может неадекватно оценивать связанное с депрессией снижение способности к выполнению рутинных обязанностей по дому и заботе о детях, что приводит к значительным супружеским разногласиям. Депрессия может стать серьезным испытанием для крепких супружеских отношений и разрушить слабые. Также отмечается связь депрессии у одного из супругов с нарушением активности и досуга другого, снижением семейного дохода, ухудшением супружеских отношений и неопределенностью в том, как преодолевать симптомы заболевания [21].

Коррекция нарушений социальной адаптации происходит по мере редукции депрессии и становления ремиссии [43]. Однако восстановление социальных, в том числе супружеских отношений происходит медленно и не всегда является полным [44]. Так, нарушения супружеских отношений сохраняются на протяжении 4 лет после излечения депрессии [49]. Данные о более медленной и неполной нормализации семейных отношений в сравнении с редукцией когнитивных нарушений при депрессии свидетельствуют, что пациенты нуждаются в длительном наблюдении в сочетании с супружеской, семейной и межличностной терапией [19,25,54].

От состояния (нарушения) функций семьи зависит психологический климат в ней, а с психологическим климатом в семье тесно связано благополучное психическое развитие детей, которое невозможно без тесного эмоционального контакта с родителями. Нарушение воспитательной функции — непоследовательное воспитание, воспитание в условиях эмоционального отвержения, доминирующая гиперпротекция и другие типы воспитания неизбежно формируются в семьях, где мать страдает психическим расстройством. Дисгармоничные отношения в семье, неприязнь между родителями могут способствовать развитию эмоциональной напряженности, возникновению у ребенка невротической реакции с ощущением вины, «мораль-

ного гнева», чувства изоляции, отчуждения, фобий, дезорганизации поведения, агрессивности [4,8]. Так, женщины, страдающие депрессией, говорят о снижении своих родительских функций (участие в делах детей и общение), обострении разногласий и выраженных негативных эмоциях, включая чувство вины. Психические расстройства, преимущественно большая депрессия, были выявлены у 80% детей, матери которых страдали униполярной депрессией, и у 70% детей, матери которых страдали биполярным расстройством [27]. У детей, матери которых страдали униполярной депрессией, отмечались нарушения поведения в школе, выраженное снижение социальной уверенности и академической успеваемости. По показателям дискуссионных тестов, качество взаимодействия между матерью и детьми было плохим [26,33,52]. Особенно неблагоприятным оказывается влияние депрессии у матери на детей новорожденного и раннего детского возраста. Послеродовая депрессия оказывает значительное воздействие на отношения между матерью и ребенком, а также связана с когнитивной недостаточностью у ребенка [42].

Работы, в которых рассматривается супружеская дезадаптация и формирующиеся у других членов семьи психические нарушения при наличии психических расстройств у жены/матери, исчисляются единицами [3,9,12,13,53,54], несмотря на общепризнанное мнение о том, что наличие психического расстройства у одного из членов семьи неизбежно нарушает семейное функционирование и приводит к формированию дистресса у других членов семьи. Очень мало в литературе работ, касающихся здоровья семьи и его нарушений при различных видах психических расстройств у женщин. Таким образом, остаются неизученными механизмы формирования, проявления и течение психических нарушений всех членов семьи при наличии психического расстройства у женщин, что требует проведения соответствующих исследований, которые позволят разработать дифференциально-диагностические критерии и эффективную систему коррекции здоровья семьи при различных формах психической патологии у женщин.

Т.Л. Ряполова

ПСИХІЧІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК ТА ПРОБЛЕМИ РОДИНИ

Донецький державний медичний університет, Україна

У краткому огляді літератури доведені дані про розповсюдженість та специфічність психічних розладів у жінок, розглянуті деякі аспекти їх впливу на функціонування родини. Звертається увага на недостатнє дослідження проблеми формування нервово-психічних розладів у членів родини при наявності у дружини/матері вираженого психічного розладу. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 135-140)

MENTAL DISORDERS FOR WOMAN AND FAMILY'S PROBLEMS

Donetsk State Medical University, Ukraine

In the brief review of the literature the data on abundance and specificity of alienations for the woman are introduced and some aspects of their influencing on operation of the family are reviewed. Definite attention is paid to insufficient research and study of a problem of neuropsychical derangement forming for the members of family at presence for the wife/ the mothers with the expressed alienation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9) - P. 135-140)

Литература

1. Воловик В.М. Семейные исследования в психиатрии и их значение в реабилитации больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. – М., 1980. – С.207-267.
2. Голод С.И. Стабильность семьи. – Л.: Наука, 1984. – 136с.
3. Гунько А.А., Москаленко В.Д. Мужья больных алкоголизмом женщин: опыт изучения психопатологии // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. – 1993, №5. – С.72-75.
4. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1982. – 215с.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312с.
6. Келам А., Эббер И. Причины конфликтных ситуаций в семье (по материалам Таллинской семейной консультации) // Человек после развода. – Вильнюс, 1985. – С.56-66.
7. Кришталь В.В., Семенкина И.А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // Междунар. Мед. журн. – 2000. – Т.6, №1. – С.37-40.
8. Курасова Н.В. Сексуальное насилие в семье// Ежекварт. науч.-практ.журн. – 1997. - №1. Семейная психология и семейная терапия. – С.53-56.
9. Николаев В.В. Нарушение супружеской коммуникации и функции семьи при психопатии у женщин // Междунар. мед. журн. – 1999. – Т.5, №3. – С.45-47.
10. Обозова А.Н. Психологические проблемы службы семьи и брака // Вопросы психологии. – 1984, №3. – С.59-67.
11. Соловьев Н.Я. Брак и семья сегодня. – Вильнюс: Минтис, 1977. – 266с.
12. Трегубов И.Б. Семейная психотерапия сексуальной дисгармонии у больных неврозами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1987. – 20с.
13. Тысячная З.К. Семейная психотерапия неврозов (методы, динамика, эффективность): Автореф. дисс. ...канд. психол. наук. – Л., 1979. – 20с.
14. Харчев А.Г. Брак и семья в СССР. – М.: Политиздат, 1979.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 656с.
16. Anthony J.C., Warner L.A. & Kessler R.C. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey // Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1994. – Vol.2. – P.224-268.
17. Bourdan K.H., Boyd J.H., Rae D.S. et al. Gender differences in phobias: results of the ECA Community Survey // Journal of Anxiety Disorders, 1988. – Vol.2. – Pp.227-241.
18. Castle D.J. & Murray R.M. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia // Psychological Medicine. – 1991, Vol.21. – P.565-575.
19. Clarkin J.F., Glick I.D., Haas G.L. et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention V: results for affective disorders // J. Affect.Dis. – 1990, Vol.18. – P.17-28.
20. Creer C., & Wing J.K. Schizophrenia at home. – London: Institute of Psychiatry. – 1974.
21. Fadden G., Bebbington P., Kuipers L. Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients // Br.J.Psychiatry. – 1987. - -Vol.151. – P.660-667.
22. Farias H. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample // Culture, Medicine and Psychiatry. – 1991, Vol.15. – P.167-192.
23. Flor-Henry P. Influence of gender in schizophrenia as related to other psychopathological syndromes // Schizophrenia Bulletin. – 1990, Vol.16. – P.211-227.
24. Foester A., Lewis S., Owen M.J. et al. Pre-morbid adjustment and personality in psychosis. Effects of sex and diagnosis // British Journal of Psychiatry. – Vol.158. – P.171-176.
25. Friedman A.S. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients // Arch.Gen.Psychiatry. – 1975, Vol.32. – P.619-637.
26. Gordon D., Burge D., Hammen C., Adrian C., Jaenicke C., Hiroto D. Observations of interactions of depressed women with their children // Am. J. Psychiatry. – 1989. – Vol.146. – P.50-55.
27. Hammen C. Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers. – New York, NY: Springer. – 1991.
28. Helzer J.E., Burnam A. & Mc Evoy L. Alcohol abuse and dependence: In «Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study (eds L.W.Robins & D.A.Regier). – New York: Free Press, 1991. – P.81-115.
29. (Hill R) Хилл Р. Современные тенденции в теории семьи, социальные исследования: Пер. с англ. – М., 1970, вып.4. – С.136-152.
30. Hoenig I., & Hamilton M.W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household // International Journal of Social Psychiatry. – 1966, Vol.12. – P.165-176.
31. Houvton K., Fagg J., Simkin S. et al. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide // British Journal of Psychiatry, 1997. – Vol.171. – P.556-560.
32. Jenkins J.H. The state construction of affect: political ethos and mental health among Salvadoran refugees // Culture, Medicine and Psychiatry. – 1991, Vol.15. – P.134-165.
33. Keller M.B., Beardslee W.R., Dorer G.D., Lavori P.W., Samuelson H., Klerman G.R. Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children // Arch.Gen.Psychiatry. – 1986. – Vol.43. – P.930-937.
34. Kendell R.E., Chalmers J.C. & Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses // British Journal of Psychiatry, 1987. – Vol.150. – P.662-673.
35. Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States // Archives of General Psychiatry, 1994. – Vol.51. – Pp.8-19.
36. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. - Berkeley: University of California Press. –1980.
37. Kleinman A. Rethinking Psychiatry: From Culture Category to Personal Experience. – New York: Free Press. – 1988.
38. Kohen D. Psychiatric services for women // Advances of Psychiatric Treatment, 2001. - Vol.7. – P.328-334.
39. Levine M.D. & Marcus M.D. The treatment of finger eating disorders: In «Neurology in the Treatment of Eating Disorders» (eds H.W.Hoek, J.L.Treasure & M.A.Katzman). – Chichester: John Wiley & Sons, 1998.
40. McGlashan T.H. & Bardenstein K.K. Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders // Schizophrenia Bulletin. – 1990, Vol.16. – P.319-326.
41. Meltzer H., Gill B., Petticrew M. et al. The Prevalence of Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households // OPCS (Office of Population Censuse and Surveys) of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 1. – London: HMSO, 1995.
42. Murray L., Cooper P.J. eds. Postpartum depression and child development. – New York, NY: Guilford Press. - 1997.
43. Paykel E.S. Personal impact of depression: disability. – WPA Teaching Bulletin. – 1997.
44. Paykel E.S., Weissman M.M. Social adjustment and depression: a longitudinal study // Arch.Gen.Psychiatry. – 1973, Vol.28. – P.659-663.
45. Ramsay R., Welch S. & Youard E. Needs of women patients with mental illness // Advances Psychiatric treatment, 2001. – Vol.7. – P.85-92.
46. Reiss D.E., Oliveri M.E. Family Paradigm arid Family Coping: A proposal for linking the Family's Intrinsic Adaptive Capacities to its Responses to Stress//Family Relations. – 1980. - №2, Vol.29. – P.431-434.
47. Richter G., Richter J. Social relationships reflected by depressive inpatients // Acta Psychiatr. Scand. – 1989. – Vol.80. – P.573-578.
48. Robins L.N., Hebzter J.E., Weistman M.M. et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites // Archives of General Psychiatry, 1984. – Vol.41. – P.949-958.

49. Rounsaville B.J., Prusoff B.A., Weissman M.M. The course of marital disputes in depressed women: a 48-month follow-up study // *Compr.Psychiatry*. - 1980, Vol.21. – P.111-118.

50. Thomas M., Walker A., Wilmot A. et al. Living in Britain – Results from the 1996 General Household Survey. – London: Office for National Statistics, 1998.

51. Turnbull S., Ward A., Treasure J. et al. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database // *British Journal of Psychiatry*, 1996. – Vol.169, p.705-712.

52. Weissman M.M., Gammon G.D., John K., et al. Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1987. – Vol.44. – P.847-853.

53. Weissman M.M., Klerman G.L., Paykel E.S. Clinical evaluation of hostility in depression // *Am.J.Psychiatry*. - 1971. – Vol.128. – P.261-266.

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

55. World Bank. Global Economic Prospects and the Developing Countries. – Washington,DC: World Bank. – 1993.

Поступила в редакцию 21.06.2002г.

ЗИЛЬБЕР А.П. ТРАКТАТ ОБ ЭЙТАНАЗИИ. — ПЕТРОЗАВОДСК: ИЗ-ВО ПЕТР. ГУ, 1998. — 464С

Книга посвящена эйтаназии, т.е. легкой безмятежной смерти человека, которая нечасто бывает неестественной.

Автор, будучи профессором-реаниматологом, часто сталкивается в своей работе с ситуациями, когда больные с неизлечимыми болезнями или травмой, несовместимой с жизнью, умирают долгой мучительной смертью, которая сопровождается физическими и моральными страданиями для них самих и для близких им людей. При этом они почти не получают облегчения этих страданий от медицины, которая подчас действительно бессильна им помочь, но нередко поступает так в силу бессмысленной традиции.

Книга состоит из 10 глав, содержащих рассуждения об этических, юридических, религиозных и философских аспектах пассивной и активной эйтаназии, с помощью которых медицина может облегчить неизбежную смерть при неизлечимых заболеваниях, сопровождающихся страданиями больных. Особое внимание в книге уделено неподготовленности врачей, медицинских сестер и медицины в целом к легализации эйтаназии. Рассматриваются гуманитарные аспекты этой проблемы, которые могут способствовать медицинской и юридической безопасности общества при использовании эйтаназии как системы охраны здоровья.

В предисловии автор отмечает, что рукопись рецензируемой книги была готова ещё в 1974г., но не была опубликована из-за неготовности сознания людей к нормальному восприятию столь трудной проблемы как эйтаназия. Теперь, возможно, многие люди осознают, что проблема эйтаназии — это часть нашего бытия сегодня или в не столь отдаленном будущем. Последние годы ознаменовались юридическим решением проблемы эйтаназии в разных цивилизованных странах. Так, Нидерланды стали первой страной, где была узаконена эйтаназия как один из нормальных путей окончания жизни (1992). Другой страной, в которой эйтаназия оформлена законодательно, стала Австралия (1997). В законодательном порядке эта проблема рассматривается в Великобритании, США и других странах. В нашей стране, как и в России, эйтаназия категорически запрещена.

В главе 1 «О сущности эйтаназии без углубления в смысл жизни и смерти» обсуждаются

вопросы неизбежности грядущей смерти, терминологии и классификации эйтаназии, характеристика добровольной эйтаназии, что мешает ее внедрению и почему об эйтаназии пишет реаниматолог. Здесь автор подчеркивает, что из всех умирающих людей, по его утверждению, не более 3-5 % умирает так, что остальные могли бы им позавидовать. Дает дефиницию понятия тезаурус, разделяет эйтаназия на добровольную, принудительную, пассивную, активную и милосердное убийство. Подчеркивает, что в его понятии термин *эйтаназия*, если не сделаны специальные оговорки, обозначает легкую безмятежную смерть, наступившую *по доброй воле* самого страдающего больного. Замечает, что сегодня нельзя уйти от рассмотрения и *принудительной эйтаназии*, т.е. легкой смерти, наступившей не по желанию умершего, а потому, что те, кто прекращали его жизнь, считали это целесообразным и милосердным. К такому типу эйтаназии, применяющейся не только без согласия человека, но и часто тайком от него, относятся массовые убийства нацистами неизлечимых и психически больных людей, уничтожение новорожденных с уродствами, прекращение реанимационных мероприятий у больных, у которых погибли высшие функции центральной нервной системы и т.п. Заключая, автор указывает на свою заинтересованность в легализации проблемы эйтаназии.

В главе 2 «Об Эпикуре, Лукреции и блаженной жизни» уделено внимание эпикурейству и его основоположнику, поэме Лукреция «О природе вещей», вопросам противоборства эпикурейства против стоицизма, докторской диссертации Карла Маркса, а также резюмирующей авторской позиции. Подчеркивается, что конкретная идея, делающая философию Эпикура необходимой, такова: познавать природу нужно потому, что нас беспокоят страсти, страдания и *предстоящая смерть*. Небезинтересен этюд о тенях, тезис о сытости как болезни. Жизнелюбивую философию Эпикура, основные компоненты которой — отношение к счастью, дружбе, любви, старости, смерти, — автор обобщает так: «Счастливая жизнь заканчивается счастливой смертью, если ты о ней не думаешь, не боишься и ждешь ее. А достичь счастья так просто: делай лишь то, что доставляет тебе удовольствие, не вредя другим — только этот критерий

должен ограничивать сферу твоих собственных действий и поступков окружающих тебя людей». Делая добрые дела, указывает автор, надо воспитывать в себе неприятие страха смерти, а это проще достичь, имея уверенность, что когда ее срок придет, она будет легкой и безмятежной.

Глава 3 «Пессимизм и оптимизм, разделяющие человечество от древности до наших дней» посвящена рассмотрению причин и корней мировоззрений, заставляющих людей желать смерти, которая содержит следующие, мало вдохновляющие разделы: Будда — основоположник научного пессимизма, пессимизм и оптимизм в историческом аспекте, возраст людей и пессимизм, болезнь столкновения с будущим, пессимизм и культы, развитие науки и пессимизм, оптимизм и пессимизм: сравнительная характеристика, резюме авторской позиции. Автор аргументировано останавливается на учении Будды, который в 30-летнем возрасте понял, что любовь, дружба и радость невысказаны без страданий, трудах Франсуа де Ларошфуко, А. Швейцера, И.И. Мечникова, И. Гёте, О. Тоффлера, Жан-Жака Руссо, Н.И. Пирогова и других. Подчеркивается, что индустрия ощущений уже сегодня идет к тому, что предсказал в своей «Сумме технологий» современный польский врач, писатель и философ Станислав Лем — к машинной обработке сознания людей, во время которой они будут совершать фантастические путешествия в настоящее, прошлое и будущее. Указывается, что такие творцы искусства, как Артюр Рембо, А. Модильяни, В. Ван Гог, Ф. Кафка, А. Камю, Джек Лондон, Э. Хемингуэй, С. Есенин, М. Цветаева, В. Маяковский, И. Дунаевский, Ю. Друнина и многие другие, закончили жизнь самоубийством. Делается вывод, что пессимизм сокращает количество счастливых людей, портит настроение оптимистам и способствует самоубийству. Источником плохого настроения является не столько всем неприятный факт, сколько наше представление о нем. Если не возможно исправить состоявшийся факт, то изменить представление о нем хотя и нелегко, но возможно. Поэтому быть пессимистом или оптимистом — в значительной степени зависит от каждого из нас.

Неубедительным является утверждение автора, что психиатры делят депрессию всего на три формы: невропатическую (возникшую у слабых людей в связи с утомлением или неприятностями), психопатическую (сопровождающуюся бредом, галлюцинациями, неадекватными поступками, в том числе убийством и самоубийством) и маниакальную (качели настроения — от глу-

бокого скепсиса до экстаза) (с.85).

Глава 4 «О смерти, ее физиологии, психологии и мистике» посвящена подготовке сознания к неизбежному приходу смерти и в связи с этим — к необходимости эйтаназии. Она включает следующие разделы: традиционное замалчивание темы «Смерть», мифология смерти, диагностика смерти и сопутствующие юридические проблемы, психология смерти, умирающий больной, страх смерти, воспитание рационального отношения к смерти и резюме авторской позиции. Подчеркивается, что обсуждать тему смерти считается неприличным. Гораздо охотнее рассуждают о бессмертии, которого пока нет, чем о смерти, которая сегодня обязательно есть. Обсуждаются критерии смерти и проблемы трансплантологии, в частности, длительная и необратимая кома, термин «смерть мозга», клиническая, биологическая и социальная смерть, отношение человека к смерти. Справедливо отмечается, что клинике умирания будущих врачей не учат в медицинских вузах, нет изучения умирающего больного и в последипломном образовании. Поэтому, если мы не сумеем добиться изменения психологии ухаживающего за умирающим больным персонала — в первую очередь медсестер — любые разговоры об эйтаназии останутся пустым сотрясанием воздуха. Автор резюмирует, что смерть не должна быть наказанием за прожитую жизнь. Для этого ее надо избавить от физических и психических мучений. Чтобы достичь безмятежной смерти, необходимо: а) совершенствовать медицинские действия, устраняющие физические страдания; б) заниматься психологической подготовкой человека в уважении к естественной смерти, которую надо лишить мистицизма и ореола наказания за грехи; это должно сократить естественный страх смерти; в) окружить умирающего не только физическим, но и психическим покоем (возле умирающего должен находиться человек — сестра милосердия, психолог, педагог, священник, друзья, любимый родственник, врач).

В главе 5 «Самоубийство как вариант эйтаназии» излагаются вопросы, относящиеся к самоубийству. Она состоит из следующих разделов: проповедь самоубийства стоиками, самоубийство и религия, взгляды на самоубийство после эпохи Возрождения, законодательство о самоубийцах, помощь врача для выполнения самоубийства и резюме авторской позиции. Данная глава чрезвычайно насыщена очень интересным историческим и статистическим материалом. В частности, обсуждается одобрение само-

убийства стоиками, отношение разных религиозных конфессий к этой проблеме, взгляды А. Шопенгауэра и Ф. Ницше о самоубийстве. А. Шопенгауэр исходил из тезиса, что самоубийство — это капитуляция воли к жизни. Ф. Ницше, который последние 11 лет своей жизни провел под жестким контролем психиатров, отвергает самоубийство и неумеренно критикует социализм: «Социализм — фанатический младший брат деспотизма...». Дается подробная характеристика современного состояния проблемы самоубийства. Указывается, что существует более или менее тесная корреляция между одиночеством, безработицей, депрессией, алкоголизмом, психическими заболеваниями и самоубийством. Автор заключает, что здоровые люди ни при каких обстоятельствах не должны себя убивать. Можно понять и оправдать лишь самоубийство больных неизлечимой и мучительной болезнью. Легализация эйтаназии, дающая людям уверенность в легкой и безмятежной смерти, когда придет ее естественный срок, может снизить число самоубийств среди здоровых и больных людей.

В главе 6 «Об эйтаназии и смертной казни» рассматриваются следующие интересные вопросы: отношение общества к смертной казни, способы последней и ее ритуал, облегчение страданий казнимого, врачи и смертная казнь, клинические эксперименты со смертельным исходом взамен смертной казни, религия, наука, смертная казнь и эйтаназия, ошибочное осуждение к смертной казни и резюме автора. Кошунственно здесь звучит высказывание G. Bazzun (1966): «Почему мы охраняем бесполезных и вредных существ, тратя огромные суммы на тюрьмы и больницы? Гуманней и экономичней их ликвидация в газовых камерах». Далее описывается способы смертной казни и ее ритуал, участие врачей в смертной казни, в т.ч. врачей-нацистов, возможность проведения клинических экспериментов со смертельным исходом взамен смертной казни. Автор подчеркивает, что смертная казнь преступника аморальна, но имеет весомый аргумент: общество защищает себя. Тем более, не должна уподобляться смертной казни смерть человека от болезни, с которой сегодня не может справиться медицина. Но она может справиться со смертными муками, если эйтаназия будет регламентирована.

Глава 7 «Эйтаназия и закон» посвящена их взаимоотношениям и может быть охарактеризована так: закон запрещает эйтаназии или дела-

ет вид, что ее не существует, и эйтаназия этим пользуется, тщательно избегая встречи с законом. Глава содержит такие разделы: убийство и закон, эйтаназия как вариант убийства в уголовном праве, о злоупотреблении эйтаназией, необходимость четкого законодательства по эйтаназии, самоубийство с помощью врача и закон, резюме автора. Интересно, что в римском праве не каралось убийство уродов; в средневекое оно даже поощрялось, так как урод считался плодом связи женщины с дьяволом. Не каралось убийство уродов и в русском законодательстве при Петре I, который, наоборот, установил казнь тем, кто утаит урод и не сдаст его в Кунсткамеру. Подчеркивается, что эйтаназия — милосердное убийство члена общества по его просьбе и желанию.

Приводятся главные положения Закона об эйтаназии, впервые узаконившим активную эйтаназии в 1992г. в Нидерландах, рассматривается суть «Закона о достойной смерти в штате Орегон», где впервые 04.11.94г. была узаконена помощь врачей для выполнения самоубийства.

Автор замечает, что стихийное, нерегламентированное применение эйтаназии еще хуже, чем ее запрет, и поэтому в регламентации эйтаназии должны быть заинтересованы все — больные, врачи, медицина, общество. Наличие запрета не только не исключает, но даже требует активного обсуждения этических аспектов проблемы эйтаназии.

Глава 8 «Медицинская этика и эйтаназия» включает такие разделы: медицинская этика или деонтология (терминологический аспект); «антигуманные» проявления медицинской этики; врач, как профессионал; Папа Римский, реанимация и эйтаназия; «святая ложь» врачей; этична ли эйтаназия и резюме автора. Приводится определение понятий этика, мораль, этикет, деонтология, анксиология, безнадежный и incurable больной в свете необходимости признания эйтаназии. Отмечается, что врач, стремящийся к решению проблемы эйтаназии, не должен быть глупым и равнодушным. Уместно приводятся известные рассуждения Б. Паскаля (1669): «Отчего хромой нас не раздражает, а умственно хромающий нас раздражает? Оттого, что хромой осознает, что мы ходим прямо, а умственно хромающий утверждает, что не он, а мы хромаем». Патриарший Экзарх Русской православной церкви в Западной Европе врач Антоний Сурожский, который в течении 25 лет читал лекции по проблеме смерти для врачей в Лондоне, излагает взгляд на трудные проблемы ведения безнадежного больного, эйтаназии как

вмешательства в дела Бога.

Подчеркивается, что нет пункта об отрицании эйтаназии в клятве Гипократа, «Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации» (в первоначальном и окончательном текстах) и в «Торжественном обещании врача Советского Союза» (а теперь Российской Федерации). Всего в мире существует 33 варианта присяги врача, в которых нет пункта об отрицании эйтаназии.

К сожалению, автор недооценивает вклад лауреата Нобелевской премии мира, великого гуманиста XX века А.Швейцера — создателя этики благоговения перед жизнью, в развитии этических проблем. В частности, не упоминаются его работы «Мистика апостола Петра», «Проблемы этики в ходе развития человеческой мысли», а также то, что кроме докторских диссертаций по философии и теологии, А. Швейцер защитил в 1913г. диссертацию и по медицине: «Психиатрическая оценка Иисуса: характеристика и критика».

В заключении автор замечает, что эйтаназия — серьезная проблема медицинской этики, требующая не умалчивания, а наоборот — самого активного рассмотрения всех доводов за и против нее. Она этична, если введена в рамки закона, исключая злоупотребления, и если выполняется врачами-профессионалами, не потерявшими способность сопереживать.

Глава 9 «Современное состояние, проблемы эйтаназии» посвящена попытке автора подытожить мысли и факты, изложенные в предыдущих рассуждениях и поэтому рассматривает такие разделы: что было (история идеи, обществ, дискуссий), что есть (аргументы за и против эйтаназии), что будет (эйтаназия и развитие общества) и, как правило, резюме авторской позиции. Указывается, что в 1935г. в Лондоне было создано первое в мире Общество добровольной эйтаназии (Voluntary Euthanasia Society), затем общества эйтаназии возникли в Австралии (сразу два) и в Южной Африке (1974), в Дании и Японии (1976), в Норвегии (1977), в Новой Зеландии (1978), во Франции, Шотландии, США (1980), в Германии, Канаде, Индии (сразу два) и в Зимбабве (1981). Наконец, была создана Всемирная Федерация Обществ за право умереть достойно. Подчеркивается, что в Палате лордов Английского парламента неоднократно обсуждался и не принимался Билль о добровольной эйтаназии, а также то, что в мире по этой проблеме издано много специальных книг. Дается характеристика хосписов как альтернативы

эйтаназии, приводится текст Декларации об эйтаназии, принятый Английским и Американским обществами (с незначительными различиями).

Автор доказывает, что современное общество и медицина нуждаются в законодательной легализации эйтаназии. Этим сейчас занимаются различные общественные организации, но в странах, где эйтаназия не легализована, она применяться не может и не должна. Ни голый рационализм, ни фетишизм не приведут к легализации эйтаназии — только осмысленное человеколюбие. Оно должно быть главным мотивом подготовки законной регламентации эйтаназии, чтобы она стала нормальной и безопасной для общества альтернативой мучительной смерти. В подтверждение изложенному удачно приводятся слова В. Гюго, что «никакие армии мира не в силах остановить идею, время которой пришло».

В заключительной главе 10 «О том, что дает право называться человеком» автор утверждает, что человек — это не только животное, умеющее делать орудия труда, но и мыслящее существо, имеющее веру, традиции и ритуалы. Эйтаназия нужна каждому человеку, умирающему в муках, но она не может быть немедленно внедрена в практику как система. Прежде к этому надо подготовить сознание общества и составляющих его членов, для чего требуются дискуссии людей, говорящих на взаимно понятном языке.

Подчеркивается, что основной целью написания Трактата было стремление создать такое взаимопонимание и показать огромный спектр гуманитарных проблем, которые надо решать, чтобы эйтаназия как система общества стала полезной, необходимой и безопасной.

В общем резюме авторской позиции автор заключает, что эйтаназия не может быть сегодня внедрена в повседневную практику *как система* общества и медицины ввиду следующих причин: медицинская технология эйтаназии не имеет научно-доказательной базы; медицина и психология не занимаются воспитанием достойного поведения человека перед лицом смерти; профессионалы-личности, которым можно доверить организацию и выполнение эйтаназии, существуют пока в весьма ограниченном количестве; законодательное разрешение эйтаназии должно учитывать не только регламентацию ее выполнения, исключение злоупотребления, но и *сочетаться с уровнем правосознания граждан*, общества и государственной структуры.

Заканчивается книга обширным списком

использованной литературы, иллюстраций, предметным и именным указателями, которые составлены на высоком методологическом уровне.

Бесспорно, рецензируемая книга чрезвычайно актуальна, своевременна и великолепно заполняет тот пробел, который существу-

ет в специальной отечественной литературе по проблеме эйтаназии и ее легализации и может служить настольной хрестоматией для различных специалистов, занимающихся этой проблемой, в том числе психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, научных работников и других.

П.Т.Петрюк (Харьков)

Поступила в редакцию 21.07.2001г.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

- Абрамов В.А.** Профессионально-этические аспекты диагностики психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 2 **3**
- Беро М.П.** Многофакторный подход к оценке психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции **9**
- Абрамов В.А., Бурцев А.К., Грачев Р.А., Бурцева Т.А.** Некоторые медико-психологические аспекты качества жизни участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС **16**
- Шестопалова Л.Ф., Кукуруза А.В.** Система прогнозирования психической дезадаптации детей, эвакуированных из 30-км зоны после аварии на чернобыльской АЭС **25**

- Abramov V.A.** Professional and ethical aspects of mental disorders diagnostic in liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES **3**
- Bero M.P.** Multifactor approach to assessing mental disorders of the people who liquidated consequences of Chernobyl atom power station disaster **9**
- Abramov V.A., Burtsev A.C., Grachov R.A., Burtseva T.A.** Some medical and psychological aspects of life's quality in liquidators of consequences of accident on Chernobyl AES **16**
- Shestopalova L., Kukuруза A.** System for prognosis of mental disadaptation of children who was evacuated from 30-km zone after chernobyl disaster **25**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Напреенко А.К., Латчман Н.** Коморбидная депрессия у лиц позднего возраста в сети первичной медицинской помощи **32**
- Васильева А.Ю.** Социальные фобии в амбулаторной общесоматической практике **37**
- Серикова О.И.** Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при хронических болевых синдромах депрессивного происхождения **43**
- Напреенко А.К., Латчман Н.** Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике **46**
- Шестопалова Л.Ф.** Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом **50**
- Луцик В.Л.** Психосемантика выбора цвета у больных с параноидной формой шизофрении **54**
- Жигулина И.В.** Особенности проявлений госпитализма у хронически инвалидизированных пациентов общепсихиатрических отделений **60**
- Денисов Е.М.** Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности болезни **66**
- Никифоров Ю.В.** Клинико-статистическая оценка больных с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении с усиленным наблюдением **72**
- Беро М.П., Носкова О.В., Васякина Л.А.** Современные аспекты психотерапии больных **78**

- Napryeyenko A.K., Lutchmun N.** Comorbid geriatric depression in the primary care setting **32**
- Vasilyeva A.Yu.** Social phobias in out-patient somatic practice **37**
- Serikova O.I.** Differential diagnostics and medical tactics at the patients with chronic pains of psychogenic origine **43**
- Napryeyenko A.K., Lutchmun N.** Depressive Disorders in Primary Health Care **46**
- Shestopalova L.F.** Disorders in cognitive sphere at the patients with disseminated sclerosis **50**
- Lutsik V.L.** The psychosemantics of colour preference at the patients with paranoidal form of schizophrenia **54**
- Jigulina I.V.** The peculiarity of hospitalism of the patients with by chronic invalidity diseases in generalpsychiatric department **60**
- Denisov E.M.** Social functioning and quality of life of the women with schizophrenia depending on duration of illness **66**
- Nikiforov Yu.V.** Clinical and statistical valuation of patients with mental disorders on forced treatment with concentrated observation **72**
- Bero M.P., Noskova O.V., Vasyakina L.O.** Contemporary aspects of psychotherapy of diseased **78**

при хронических гинекологических заболеваниях в условиях экокризисного региона

Иванов Д.А. Исследование высшей нервной деятельности у лиц с синдромом психического инфантилизма 82

Синяченко О.В., Яковленко В.В., Денисова Е.М., Подлина Ю.А., Игнатенко Г.А., Чибисова И.Ю. Оценка качества жизни больных с болезнью Рейтера 87

Голоденко О.Н. Клинико-социальные и демографические особенности больных с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте 92

Бачериков А.Н., Кузьминов В.Н., Петрюк П.Т., Юрченко Н.П. Применение нейролептика клопиксол-акуфаз в лечении состояния отмены алкоголя с делирием 98

during chronic gynecological disorders in conditions of ecocrisis region

Ivanov D.A. The research of the higher nervous activities in persons with mental infantilism syndrom 82

Sinyachenko O.V., Jakovlenko V.V., Denisova E.M., Podlina Yu.A., Ignatenko G.A., Chibisova I.Yu. Evaluation of Quality of Life in Patients with Reiter's Disease 87

Golodenko O.N. Clinic and social and demographic peculiarities of depressions in elderly and pre-senile age 92

Bacherikov A.N., Kusminov V.N., Petryuk P.T., Yurchenko N.P. The application of clopixol-acuphase for treatment alcohol withdrawal syndrome with delirium 98

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Вильчевская Е.В. Нейропсихологические показатели у детей, заболевших острым лимфобластным лейкозом 102

Білоус С.В. Деякі особливості сучасної клініки алкоголізму 106

Ганзин И.В. Влияние психофармакотерапии на специфические расстройства речи и мышления при шизофрении (к дискуссии о природе разорванности мышления при шизофрении – с позиции комплексной диагностики речевого поведения) 108

Євченко Ю.О. Клініко-психопатологічні особливості деперсоналізації при межовому та шизотиповому розладах особистості 111

Малтапар О.К., Никифоров Ю.В. Клинико-социальная характеристика подростков с умственной отсталостью и нарушениями поведения 115

Vilchevskaya E.V. Neuropsychological indices at children fallen ill with the acute lymphoblastic leukemia 102

Bilous S.V. The some features of modern clinic of alcoholism 106

Ganzin I.V. Influence of psychopharmacotherapy on specific disorders of speech and thinking at schizophrenia.(to discussion about nature of disintegration of thinking at schizophrenia - from position of complex diagnostics of speech behaviour) 108

Evchenko Yu.A. Clinico-psycopatological peculiarity of depersonalizatia in borderline and schizotipical disorders of personality 111

Maltapar O.K., Nikiforov I.V. Clinical and social delineation of adolescents with mental retardation and behavioral diforders 115

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность 118

Абрамов А.В. Общие проблемы психической адаптации в условиях хронического эмоционального стресса у сотрудников органов внутренних дел 125

Ряполова Т.Л. Психические проблемы у женщины и проблемы семьи 135

Podkoritov V.S., Chayca U.U. Depression and resistance 118

Abramov A.V. General problems of mental acclimatization in conditions of a chronic emotional stress for the employees of law-enforcement bodies 125

Ryapolova T.L. Mental disorders for woman and family's problems 135

РЕЦЕНЗИИ

REVIEWS

Петрюк П.Т. Зильбер А.П. Трактат об эитаназии. — Петрозаводск: Из-во Петр. ГУ, 1998. — 464с 141

Petriuk P.T. Zilber A.P. Traktat ob eitanazii. — Petrozavodsk: Iz-vo Petr. GU, 1998. — 464s 141

СОДЕРЖАНИЕ

146

CONTENTS

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ** электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

8. Таблицы должны быть компактными, наглядными и содержать статистически обработанные материалы. Нужно тщательно проверять соответствие названия таблицы и заголовка отдельных ее граф их содержанию, а также соответствие итоговых цифр и процентов цифрам в тексте таблицы. Достоверность различий следует подтверждать статистически.

9. Литературные ссылки в тексте осуществляются путем вставки в текст (в квадратных скобках) арабских цифр, соответствующих нумерации источников в списке литературы в порядке их упоминания в тексте (Ванкуверская система цитирования).

10. Библиография должна оформляться в соответствии с ГОСТ 7.1-84 и содержать работы за последние 7 лет. В случае необходимости, допустимы ссылки на более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируется не более 20, а в передовых статьях и обзорах - не менее 40 источников.

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме (150-200 слов) на трех языках (русский, украинский, английский). В резюме необходимо четко обозначить цель, методы исследования, результаты и выводы. Обязательным является обозначение полного названия статьи, фамилий и инициалов всех авторов и организации(й), где была выполнена работа.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей.

14. Направление в редакцию работ, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для опубликования в другие редакции, не допускается.

15. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются. Не принятые к печати в журнале рукописи авторам не возвращаются.

16. К материалу прилагается анкета автора, в которой необходимо указать: Ф. И. О., дату рождения, какое высшее учебное заведение окончил и в каком году, ученую степень, ученое звание, почетные звания, должность и место работы, основные направления научных исследований, количество научных работ, авторство монографий (названия, соавторы, издательство, год выпуска).

17. Статьи направляются по адресу: 83017, Украина, г. Донецк, пос. Победа. Донецкая областная психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонГМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

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

Редколлегия журнала