

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 (8), 2001 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-Петербург), Н.А. Корнетов (Томск), С. Koupernik (Paris), В.Н. Краснов (Москва), В.Н. Кузнецов (Киев), А.К. Напреенко (Киев), Ю.Л. Нуллер (Санкт-Петербург), Б.С. Положий (Москва), N. Sartorius (Geneva), П.И. Сидоров (Архангельск), В.В. Соложенкин (Бешкек), Г.Т. Сонник (Полтава), С.И. Табачников (Киев), Т. Томов (Sofia), А.А. Фильц (Львов), В.С. Ястребов (Москва)

ДОНЕЦКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ УКРАИНЫ.

Адрес редакции: 340037, 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

В.А.Абрамов

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА
ЧАЭС (КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ)
СООБЩЕНИЕ 1**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: УЛПА на ЧАЭС, психические расстройства, патогенез, клинические особенности

Масштаб и беспрецедентность социально-медицинских последствий Чернобыльской радиоэкологической катастрофы, уникальная комбинация биологических, социальных, психологических и других факторов создают большие трудности в оценке природы психических расстройств у ликвидаторов спустя 15 лет после аварии. С одной стороны, их церебрально-органическая основа у облученных не зависит от наличия или отсутствия костно-мозгового синдрома лучевого поражения и может проявляться при воздействиях минимальных доз радиации [1]. С другой стороны, отмеча-

ется большая патогенная (стрессогенная) роль совокупности переживаний, связанных с социальной невостребованностью ликвидаторов, невозможностью найти адекватную «нишу» в системе взаимодействия с социальной сферой, отсутствием экономических перспектив для семьи и низким качеством жизни. Поэтому диагностика психических расстройств у пострадавших и установление их связи с Чернобыльской аварией, помимо чисто медицинских аспектов, приобретают огромное социально-экономическое и нравственно-психологическое значение.

Патогенетические механизмы психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС

Принято выделять три категории людей, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы:

1. Участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: а) ликвидаторы-волонтеры; б) ликвидаторы — принудительно работавшие в зоне отчуждения.

2. Лица, эвакуированные из зоны отчуждения.

3. Лица, несанкционированно вернувшиеся в Чернобыльскую зону отчуждения («самоселы»).

Наиболее облученной и одной из наиболее многочисленных категорий населения, пострадавшего в результате аварии, являются ликвидаторы [2]. За четыре послеаварийных года (1986-1989 гг.) в работе по ликвидации последствий аварии приняли участие более 600.000 человек. Средние дозы облучения ликвидаторов 1986-начала 1987 гг. в Национальном докладе Украины (1996) оцениваются на уровне 120-180 мЗв. Среди 126.000 ликвидаторов указанной группы ожидается от 6 до 15% лиц, дозы облучения которых превышают 250 мЗв, а у половины из них дозы могут быть выше 500 мЗв (для сравнения: среднегодовые взвешенные дозы

облучения населения Украины источниками природного («нечернобыльского») происхождения составляют 5,3 мЗв в год, а среднегодовые взвешенные дозы облучения при рентгенодиагностике —1,5 мЗв в в год в первые послеаварийные годы и 0,5 мЗв в год в настоящее время — 3, 4).

Первые официальные оценки состояния психического здоровья пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы сводились к констатации психического стресса и радиофобии, возникших в связи с отсутствием своевременной, объективной и доступной информации об истинной радиационной обстановке и ее правильной интерпретации [5]. В клиническом отношении психические расстройства в первые годы после аварии (в основном симптомы тревоги и страха) рассматривались или как непатологические невротические проявления, или как патологические (невротические, неврозоподобные, психопатические) реакции и состояния [6, 7]. Дальнейшие наблюдения за динамикой психического состояния УЛПА на ЧАЭС позволили установить их значительный полиморфизм и разнообразие возможных механизмов, лежащих в основе их

формирования.

Было, в частности, показано, что нервно-психические расстройства в отдаленном периоде (спустя 5 и более лет) после Чернобыльской катастрофы являются приоритетной медико-социальной проблемой для всех категорий пострадавших. Эти расстройства отличаются стойкостью, прогрессивностью и терапевтической резистентностью. А наибольший риск развития нейропсихиатрических эффектов отмечен у УЛПА на ЧАЭС, работавших в зоне отчуждения в 1986-87 гг. В их происхождении установлено значение сочетанного воздействия радиационных и нерадиационных факторов. Анализ динамики психических расстройств показал значительное снижение частоты встречаемости соматоформных нарушений и увеличение органических психических расстройств.

Среди многочисленных взглядов о механизмах возникновения психических расстройств у ликвидаторов можно выделить три гипотезы: а) радиационную, б) психогенную и в) психосоциальную.

1. Радиационная гипотеза. До настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос о нейропсихиатрических эффектах хронического облучения, особенно в диапазоне так называемых малых доз. Существует мнение, что риск отрицательных отдаленных последствий воздействия малых доз на несколько порядков превышает таковой, рассчитанный на основе экстраполяции эффектов из больших доз [8]. Приводятся данные о том, что закономерности низкоинтенсивного облучения, эффект малых доз — это принципиально новые пути воздействия на живые объекты, новые изменения клеточного метаболизма. Большинство этих эффектов не прямо индуцируется облучением, а опосредуется через систему регуляции и изменения иммунного и антиоксидантного статусов организма, а также чувствительности к действию факторов окружающей среды. Показано, что при малых дозах зависимость «доза-эффект» имеет нелинейный полимодальный (бимодальный) характер, хотя эти взгляды разделяются не всеми радиобиологами (С.П.Ярмоленко, 1996).

По данным А.И.Нягу и К.Н.Логановского (1998), сложность проблемы нейропсихиатрических эффектов хронического облучения, особенно при действии так называемых малых доз, определяется рядом факторов:

- терминологическими неточностями — до сих пор нет единого мнения, что такое «хроническое облучение»: как долго должно продол-

жаться воздействие ионизирующих излучений, чтобы стать хроническим? Что такое «хроническая лучевая болезнь» и каковы ее клинические и дозиметрические критерии?

- научно-исследовательскими противоречиями и трудностями — столетней дискуссией о радиочувствительности нервной системы, с одной стороны, и крайней сложностью вычленения нейропсихиатрических эффектов собственно хронического облучения — с другой (одни исследователи переоценивают роль нервной системы в лучевых реакциях любого диапазона доз, а другие, основываясь на факте сравнительной морфологической радиоустойчивости нервной системы, недооценивают значимость ее функциональных реакций);

- социально-экономическими и политическими установками, которые оказывают влияние на интерпретацию научных данных и приводят, в одних случаях, к утаиванию информации и преуменьшению радиационного ущерба для здоровья человека и к откровенной спекуляции — в других.

Так, можно ли рассматривать УЛПА на ЧАЭС как лиц, страдающих хронической лучевой болезнью? Можно ли утверждать, что психические нарушения у этого контингента пострадавших является следствием нейротропного воздействия радиоактивных веществ?

Более, чем 10-летний мониторинг состояния здоровья пострадавших при аварии на Чернобыльской атомной станции позволяет утверждать [9], что сомато-неврологические и нейропсихиатрические расстройства у УЛПА на ЧАЭС, особенно 1986-1987 гг., практически идентичны описанию хронической лучевой болезни (Н.А.Куршаков, 1963).

Дозы облучения УЛПА на ЧАЭС лежат в очень широких пределах, достигая 1-3 Зв (В.В.Чумак и соавт., 1995). По данным А.К. Гуськова и Г.Д. Байсоголова (1971), при облучении в дозах 0,1-1 Зв (Зв — единица измерения эквивалентной дозы облучений и эффективной дозы ионизирующих излучений в СИ, 1 Зв=100 бэр) еще до наличия очерченного синдрома лучевого заболевания могут появляться отдельные типичные для лучевого воздействия отклонения, которые при наличии сведений о заведомом превышении предельных уровней облучения должны оцениваться как симптомы формирования патологического процесса и обозначаться термином «доклиническая стадия хронической лучевой болезни».

А.И.Нягу и соавт. (1998) характерные нару-

шения здоровья у УЛПА на ЧАЭС, развившиеся в результате аварийных работ в зоне отчуждения при кратковременном накоплении дозы общего облучения 0,5-1,0 Гр и выше с последующим облучением в малых дозах и/или в условиях инкорпорации радиоактивных веществ, считают возможным рассматривать как проявления подострой формы течения лучевой болезни. Использование построенной авторами математической модели показало, что зависимости «доза-эффект» и «длительность облучения — эффект» имеют параболический характер, что возможно, связано с кумулятивным эффектом влияния хронического внешнего и внутреннего облучения на психику.

Сторонниками радиационной гипотезы происхождения психических расстройств объясняется исключительно биологическими эффектами острого и хронического облучения в диапазоне так называемых малых доз, приводящими к иммунным и интоксикационно-обменным нарушениям в организме [10,11,12]. В основе патогенеза психических расстройств лежат нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов регуляции психических и физиологических функций мозга, что связано со структурными (органическими) изменениями центральной нервной системы. Ранними формами этих нарушений являлись астено-вегетативные расстройства (вегето-сосудистая дистония), которые в дальнейшем приобретают клинически очерченные проявления органического поражения центральной нервной системы, в том числе психоорганического синдрома, как наиболее частых проявлений пострадиационных эффектов. Именно эти механизмы согласно приказа Минздрава Украины №150 должны учитываться при установлении причинной связи психических расстройств с действием ионизирующей радиации, несмотря на то, что тем же приказом связь предусматривается и с «другими вредными факторами вследствие аварии на ЧАЭС».

2. Сторонниками психогенной концепции было сформулировано представление о постчернобыльском синдроме у ликвидаторов аварии как о проявлении эмоционального (информационного и коммуникативного) стресса и радиофобии [13]. Со временем наблюдается «хронификация стресса» с хронически протекающей психической дезадаптацией и включением невротических механизмов психологической защиты, ориентированных на фатальную оценку ситуации. Роль нейробиологических эффектов облучения при этом полностью игнорируется.

Дискуссионность такого подхода нашла отражение в большом разбросе показателей распространенности посттравматических стрессовых расстройств у ликвидаторов спустя 10 лет после аварии (от 9% до 69% (М.О.Лебедева и соавт., 1998, Л.Н.Юрьева, 1998)). В контексте психогений рассматриваются и социально-стрессовые расстройства как особая форма психических нарушений у пострадавших после аварии на ЧАЭС (Ю.А.Александровский, 1998). Основной особенностью их развития является «вторжение» социальной ломки в жизнь большого числа людей, изменяющей популяционную норму адаптированных функциональных возможностей.

3. Психологическая (социально-психологическая) гипотеза. Декларируется ведущее значение социально-психологических факторов, непосредственно не связанных с действием ионизирующей радиации. Наибольшее патогенное значение приобретают: высокий уровень личностной тревожности, социально-психологическая дезадаптация со стремлением к «уходу от реальности», асоциальные формы поведения, искажение структуры мотивов с отказом от общественно-полезного труда. Обращая внимание на принудительный характер работы УЛПА на ЧАЭС в зоне отчуждения, А.И.Нягу и К.Н.Логановский (1998) отмечают, что психопатологическая симптоматика выявляется на фоне внутреннего конфликта, уходящего корнями в противоречивый тип реагирования, где высокий уровень притязаний соседствовал с неуверенностью в себе, высокая активность — с быстрой истощаемостью, что характерно для неврастенического паттерна переживаний. При неблагоприятных социальных условиях это может служить почвой для алкоголизации, а также развития психосоматических расстройств. Внутренняя тревожность, напряженность, бесконечное обдумывание различных проблем компенсировались по механизму «бегства в болезнь», при котором болезнь маскировала стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих и служила как бы единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности. Последнее нередко проявляется «рентным» отношением к своему заболеванию — стремлением быть более социально защищенным и поддерживаемым в качестве хронически больного со стороны различных общественных институтов. «Рентное» поведение больных, активное стремление к психиатрическому освидетельствованию и медико-социальной экспертизе чаще всего являются не симу-

ляцией, а единственно возможной для них формой психологической защиты (способом «выживания»).

В реальной клинической практике в формировании психических расстройств у ликвидаторов аварии принимают участие различные механизмы, отражающие патогенное влияние как ионизирующих излучений, так и нерадиационных факторов [10, 15, 16, 17, 18, 19]. В наиболее систематизированном виде эта точка зрения нашла отражение в докладе В.Н.Краснова и соавт. на международной конференции в Женеве (1995), в котором показана многофакторная экзогенно-соматогенно-органическая природа рассматриваемых расстройств, а также зависимость прогрессивного течения психических расстройств не столько от дозы облучения, сколько от комплексного воздействия различных неблагоприятных факторов. Причем в группе УЛПА на ЧАЭС добровольно длительно работавших в зоне отчуждения ведущая этиопатогенная роль принадлежала радиационному и меньшая — психогенному фактору, в группе ликвидаторов с принудительным риском работ эти факторы имели приблизительно одинаковое значение, а в группе эвакуированных приоритет-

ное значение имели психогении экстремальной ситуации и, возможно, меньшее — последствия облучения [10].

Спустя 10-15 лет после аварии психические расстройства (более или менее выраженные) определяются практически у всех пациентов, обратившихся за психиатрической помощью (таблица 1). Из 132 наблюдавшихся нами ликвидаторов аварии в период их обследования и лечения в психосоматическом центре у 38 (28,7%) диагностировано органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, у 48 (36,4%) органическое расстройство личности, у 27 (20,5%) соматоформные и психосоматические расстройства, у 6 (4,6%) хронические изменения личности и у 13 (9,8%) человек психических расстройств не выявлено.

Возраст подавляющего большинства пациентов (120 человек — 90,9%) составил от 30 до 50 лет, мужчин было 127 человек (96,2%), женщин — всего 5 (3,8%). Состояло в браке на период обследования — 101 (76,5%) человек, разведенных — 26 (19,7%), холостых — 5 человек (3,8%). Среднее образование имели 31 (23,5%) человек, среднее специальное — 83 (62,9%), высшее — 18 (13,6%).

Таблица 1

Сведения о частоте психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС, обратившихся за психиатрической помощью

Автор	Число наблюдений	Время после аварии на ЧАЭС	Частота психических расстройств			
			Всего	В том числе		
				Психоорганические расстройства	Соматогенные Расстройства	Прочие
Краснов В.Н. и соавт. (1993)	213	6 лет	92 %	100 %	-	-
Нягу А.И. и соавт.(1993)	300	6 лет	100%	57 %	43 %	-
Чуприков А.П и соавт. (1995)	274	8 лет	100%	59,8 %	40,2 %	-
Напреенко А.К и соавт. (1995)	411	8 лет	100%	82,7 %	17,3 %	-
Кутько И.И и соавт. (1995)	214	8 лет	100%	100 %	-	-
Крыжановская Л.А. (1998)	474	12 лет	100%	68,1 %	31,9 %	-
Логановский К.Н. (1998)	600	12 лет	94,9 %	69 %	13 %	18 %
Собственные данные	132	14 лет	90,2 %	36,4 %	53,8 %	9,8 %

Инвалидность (общая) имела место у 105 (79,5%) человек, в т.ч. в связи с психическими расстройствами — у 29,5% больных.

Среди впервые поступивших (56 человек) психических расстройств не выявлено у 13 (23,2%) человек, органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство выявлено у 21 (37,5%) больного, органическое расстройство личности — у 3 (5,4%), соматоформные и психосоматические нарушения — у 19

человек (33,9%). Трудоспособных среди них было 19 (33,9%) и инвалидов вследствие различных соматических заболеваний-37 (66,1%) человек.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что в возникновении психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС принимают участие три вида predispositions: соматогенная, церебрально-органическая и социально-психологическая.

Соматогенная predisposition

Первичному обращению УЛПА на ЧАЭС к психиатрам предшествуют многократные стационарные обследования в учреждениях общесоматического профиля. Их соматическое состояние спустя 15 лет после аварии характеризуется массивностью и сочетанностью поражения различных органов и систем. По нашим данным, заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются у 100% больных (в т.ч. гипертоническая болезнь — у 46,3%), желудочно-кишечного тракта — у 82,6%, эндокринной системы — 69,7%, костно-мышечной системы — 18,2%, органов чувств — 12,1%, периферических сосудов — 4,6%, органов дыхания — 3,8%, мочевыводящей системы — 2,3%. От 2-х до 4-х заболеваний выявлено у 10% больных, от 5 до 7 — у 65,2% и свыше 7 — у 15,8%. Физически здоровых лиц среди этого контингента не было.

Сумма биоэффектов от одновременной инкорпорации радионуклидов (внутреннее облучение) и внешнего g-излучения во многом определяет особенности клинического течения соматических заболеваний: мозаичность клинической картины, полисиндромность, недостаточная клиническая оформленность (неспецифичность), стойкость и прогрессивность (торпидность), наличие нейровегетативных нарушений, астенизация, устойчивость к терапии [23].

Закономерным следствием нарушений в системе иммунитета в результате радиационного поражения является хронизация соматических заболеваний с развитием вторичных иммунодефицитных состояний [24], значительными нарушениями кроветворной системы и значительным риском развития онкогематологической патологии (В.И.Клименко и соавт., 1998).

Так называемые «малые», но перманентные дозы лучевого воздействия инкорпорированных радионуклидов обеспечивают соматогенный характер нарушения церебрально-сосудистой регуляции с развитием многоуровневого поражения головного мозга [25]. При этом даже одно

хроническое системное заболевание внутренних органов может привести к возникновению сопутствующей неврологической (дисциркуляторная энцефалопатия) и неврозоподобной симптоматики [26]. Может также считаться установленной прямая корреляционная связь между тяжестью психопатологического синдрома и заболеваниями внутренних органов [27].

Известно, что вероятность развития психических расстройств при наличии соматического заболевания увеличивается в 1,5-3 раза [28]. В первую очередь это относится к заболеваниям эндокринной, сердечно-сосудистой системы, неврологическим заболеваниям (энцефалопатии, церебральный атеросклероз), а также многочисленным сочетанным соматическим расстройствам.

Основными механизмами дестабилизирующего влияния системных соматических заболеваний на психическое состояние являются:

а) травмирующие переживания в связи с множественностью соматических симптомов;

б) непосредственное влияние соматического патологического процесса на функциональное состояние головного мозга и психическую сферу (в частности, при церебрально-васкулярных заболеваниях или заболеваниях щитовидной железы);

в) хронические болевые ощущения, провоцирующие депрессивные (астено-депрессивные) состояния;

г) длительное медикаментозное лечение (например, прием некоторых гипотензивных средств), способствующее дестабилизации эмоциональной сферы;

д) осознание прогрессирующего ухудшения социального положения, снижения активности, нарушения семейных взаимоотношений в связи с хроническим соматическим неблагополучием (соматическое состояние в этих случаях выступает в роли «жизненного события» провоцирующего психическое расстройство).

Наличие и значительная выраженность соматогенной предрасположенности явились основанием для выделения в качестве самостоятельного психического расстройства — психосоматическое развитие личности [29]. В его основе лежит формирование патологических личностных изменений на фоне расстройств нейроэндокринной регуляции, обуславливающих морфо-функциональные отклонения внутренних органов и систем. Эти изменения приобретают характер психосоматической патологии, развивающейся в три этапа:

- неврозоподобный — проявляется различными вариантами астенического (астено-вегетативного) синдрома, вызванными комплексом первичных нейрогенных сдвигов;

· собственно психосоматический — наряду с органическим поражением мозга, происходит интрапсихическая переработка ощущений, обусловленных нейрогенными и другими по происхождению отклонениями во внутренних органах;

- патохарактерологический — характеризуется образованием патологического комплекса по типу «замкнутого круга», включающего взаимовлияющие нервно-психические, экстрацеребральные соматические и неблагоприятные социальные изменения.

Церебрально-органическая предрасположенность

Самым распространенным и наиболее ранним проявлением цереброваскулярной патологии у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы является синдром вегето-сосудистой дистонии с различной степенью выраженности мозговой сосудистой дисциркуляции от начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга до дисциркуляторной энцефалопатии и, в отдельных случаях, острых нарушений мозгового кровообращения. По данным П.В.Волошина и соавт. (1993) у УЛПА на ЧАЭС вегето-сосудистая дистония вначале является отражением компенсаторно-адаптивных реакций мозга на воздействие комплекса факторов (включая облучение малыми дозами). Углубление церебро-васкулярных нарушений может отражать переход этих реакций в патологические с развитием структурных изменений в сосудистой системе мозга. Синдром вегето-сосудистой дистонии, развившийся после воздействия ионизирующих излучений, по мнению этих авторов, следует рассматривать как 1-й этап сосудистого процесса, который в последующие годы может перерасти в сосудистое заболевание головного мозга.

Коморбидность системных (в т.ч. церебрально-васкулярных) соматических заболеваний в сочетании с непосредственными биологическими эффектами радиационного воздействия на головной мозг способствует раннему развитию дисциркуляторной энцефалопатии как церебральной основы постепенно формирующихся психических расстройств. Спустя 10 лет после аварии дисциркуляторная энцефалопатия выявляется у 100% ликвидаторов (32, 33). По нашим данным дисциркуляторная энцефалопатия наблюдается у 62,1% больных, впервые обратившихся к психиатру. С учетом опережения на 20-30 лет календарных сроков ее развития (атеросклеро-

тическая энцефалопатия) можно думать об экспериментальной (лучевой) модели ускоренного старения [26, 33, 34].

Пострадиационная дисциркуляторная энцефалопатия у облученных квалифицируется (А.П.Ромоданов, 1993) как органическое поражение головного мозга, независимо от механизма ее возникновения (первично радиационная, вторично радиационная или как результат интоксикационно-обменных нарушений в организме больных с лучевым поражением и другими экзогенными вредностями). Однако, по данным А.И.Нягу и К.Н.Логановского (1998) диагностика пострадиационной энцефалопатии является правомочной при наличии «верифицированного лучевого заболевания острого, подострого или хронического типа течения». Если лучевая болезнь не была диагностирована, то органическая патология центральной нервной системы, развивающаяся чаще всего на фоне цереброваскулярной патологии, должна рассматриваться как дисциркуляторная энцефалопатия.

Дисциркуляторная энцефалопатия сопровождается недостаточностью кровоснабжения мозга, повышением тонуса симпатно-адреналовой системы, снижением адаптационных возможностей организма и нарушением обменных процессов (Л.О. Куница и соавт., 1995).

По данным [34], в первой стадии дисциркуляторной энцефалопатии на первый план выступает неврозоподобный синдром с некоторым повышением сосудистого тонуса, асимметрией пульсового давления и легкой венозной застой. Во второй стадии отмечаются не резко выраженные пирамидный, экстрапирамидный и мозжечково-атактический синдромы, а также более выраженные изменения сосудистого тонуса при РЭГ. В третьей стадии выявляются выраженные пирамидный, псевдобульбарный, атак-

тический или психоорганический синдромы.

Другие авторы [9] в клинической картине дисциркуляторной энцефалопатии выделяют три степени тяжести ее течения:

Дисциркуляторная энцефалопатия I степени диагностируется на основании жалоб (головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, умеренно выраженное снижение памяти), наличие в неврологическом статусе рассеянной патологической симптоматики (снижение корневальных рефлексов, недостаточность конвергенции с одной или обеих сторон, асимметрия носогубных складок, асимметрия сухожильных или периостальных рефлексов, умеренно выраженные симптомы орального автоматизма, легкие нарушения чувствительности по проводниковому типу, умеренно выраженные координаторные нарушения), данных инструментального исследования церебральной гемодинамики (асимметрия или двустороннее снижение пульсового кровенаполнения, повышение тонуса артериальных мозговых сосудов по функциональному типу, затруднение венозного оттока).

Дисциркуляторная энцефалопатия II степени на фоне вышеперечисленных симптомов, которые носят более выраженный и стойкий характер, проявляется грубыми гемодинамическими нарушениями (снижение пульсового кровенаполнения полушарий мозга, стойкое повышение тонуса артериальных сосудов, выраженное затруднение венозного оттока, изменение внутричерепной гемодинамики), мнестическими и интеллектуальными нарушениями, вестибуло-атактическими или экстрапирамидными синдромами, проходящими нарушениями мозгового кровообращения в различных сосудистых бассейнах мозга.

Дисциркуляторная энцефалопатия III степени характеризуется выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями, вестибуло-

атактическими синдромами с нарушением функции равновесия III и IV степени, двигательными нарушениями и изменениями чувствительности, острыми и остаточными явлениями острых нарушений мозгового кровообращения, синдромами сосудистого паркинсонизма. Гемодинамическими критериями являются выраженное снижение кровенаполнения головного мозга в каротидном и вертебро-базилярном бассейне, выраженное повышение тонуса артериальных мозговых сосудов, нарушения венозного оттока. Выявляются признаки стенозирования одной или обеих внутренних сонных артерий с нарушением внутримозгового кровотока, снижение линейной скорости кровотока в них, нарушение кровоснабжения терминальных артерий с наличием ретроградного или прерывистого кровотока.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения, лежащая в основе дисциркуляторной энцефалопатии, в сочетании с нарастающей системной артериальной гипертензией, лежит в основе формирующихся у больных психических расстройств. «Ядром» этих расстройств являются [35] нарушения памяти и внимания (модально-неспецифического типа), нарушения интеллектуальной деятельности (преимущественно ее динамических характеристик), расстройства эмоционально-личностной сферы (в виде преимущественных нарушений эмоциональной реактивности и регуляции эмоциональных состояний, а также нарушения двигательных функций (нарушение динамического праксиса, трудности произвольного контроля и др.).

Есть основания считать [36], что выраженность цереброваскулярной недостаточности в значительной мере определяется наличием соматических заболеваний и вредными условиями работы (например, работа в угольных шахтах в вечернее и ночное время).

Социально-психологическая predisпозиция

Многие исследователи обращают внимание на то, что основной проблемой лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся психоэкологическому стрессу, являются не соматические заболевания, а психосоциальная дисфункция. Ее причиной являются изменения личностной установки больного на социальные ценности, нарушения мотивационной сферы, трансформация стратегии социального поведения пострадавших с отказом от участия в труде и ориентацией на болезнь и льготы.

Переоценка субъективного компонента дис-

тресса, нередко встречающаяся при аггравационно-рентном типе приспособительного поведения, может привести к непреднамеренной неправильной постановке диагноза. Возможен и другой вариант ошибочной диагностики, когда аггравационные тенденции как бы «зашторивают» тяжесть реально существующего расстройства.

В этой связи признается целесообразной разработка типологической классификации биосоциального поведения человека, подвергшегося психоэкологическому стрессу [37]. Ю.А.Александровский (1998) выделяет социально-стрес-

совые расстройства как особую группу психических нарушений у УЛПА, являющихся результатом «вторжения» социальной ломки в жизнь большого числа людей. Помимо непосредственно психогенного воздействия в их развитии принимают участие три вида «биогенного» влияния: вызванное повышением уровня тревоги усиление симптоматических и нейрогуморальных реакций, ведущее к развитию вегетативных расстройств и к соматизации неврологических нарушений: формирование на базе ухудшающихся показателей соматического здоровья так называемой «органической предрасположенности» нервной системы; усиление отрицательного «биогенного» влияния экологических факторов.

Психосоциальная предрасположенность (социальный дистресс по А. Kleinman, 1988) как правило бывает связана с популяционным социальным статусом ликвидаторов: а) потерей или угрозой потери работы (чаще всего в связи с хроническими заболеваниями и продолжительной временной нетрудоспособностью) и средств к существованию; б) реальной возможностью получения компенсации ущерба состоянию здоровья. В этих условиях экономические мотивы могут стать доминирующим фактором нетрудоспособности и инвалидности больных, а стратегия их поведения, связанная с производственными, экономическими и семейными проблемами, может оказывать решающее влияние на трудовой прогноз. Другими словами, психическое здоровье все больше становится социально-экономическим феноменом, масштабы которого в решающей мере определяются экономическим неблаго-

получием, и сами, в свою очередь, порождают неблагополучие вследствие увеличения числа людей, нуждающихся в социальной защите.

В этой связи достаточно убедительной представляется точка зрения А.И. Нягу и К.Н. Логановского (1998) о том, что психосоциальная уязвимость пострадавших обусловлена сочетанием Чернобыльской катастрофы с последующим крахом социально-политической системы. Наряду с материальным это привело и к духовному кризису. В результате у пострадавших сформировались синдром «негарантированного будущего» и феномен «субъективного сжатия временного пространства» (социальный цейтнот по В.А. Саламатову, 1990). Осознание риска возникновения у них неблагоприятных, возможно летальных последствий лучевого поражения в сочетании с крайней непредсказуемостью социально-политической и экономической ситуации в стране привело к ощущению нехватки времени для разрешения традиционных социально-бытовых проблем — обзаведения семьей, воспитания детей, помощи престарелым родителям, обустройстве семейного очага и т.п. Кроме того, изменившаяся в обществе система ценностей исказила социальную роль пострадавших, сместив ее из плоскости героизма и мужества в область жертвенности. Это привело к так называемой «виктимизации» (от англ. victim — жертва) пострадавших. Итогом этих и других социальных сдвигов является формирование комплекса социальной уязвимости и бесполезности, ведущей к прогрессирующей социальной дезадаптации.

Систематика и основные диагностические критерии наиболее распространенных психических расстройств, встречающихся у УЛПА на ЧАЭС

Опыт изучения психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы позволил выделить (В.Н. Краснов, 1995) ряд особенностей экологически опосредованных форм психической и психосоматической патологии:

1. Сочетание разнородных факторов, каждый из которых сам по себе не обязательно является патогенным, возможный синергизм их действия, меняющаяся с течением времени иерархия их значимости.

2. Соматотропизм реагирования на неблагоприятные воздействия среды, выявление вегетативных, иммунных, нейроэндокринных дисфункций, нередко отражающих собственно психические нарушения, включение последних на отда-

ленных этапах в сложный комплекс полисистемных соматических и неврологических расстройств.

3. Сопряженность реакций экзогенного типа и механизмов психогенеза расстройств.

4. Сочетание индивидуальных и популяционных форм психического и соматического реагирования.

5. Сенсбилизация к последующим, в том числе ординарным, экзогенным вредностям и психотравмирующим влияниям.

6. Особая уязвимость лиц с соматически и органически измененной почвой к действию неблагоприятных экологических факторов.

Спектр психических расстройств, возникающих у этого контингента, выходит за рамки пе-

речня заболеваний при которых может быть установлена связь с действием ионизирующей радиации. Критерии подтверждения диагноза психического расстройства в приказе Минздрава Украины № 150 сводятся к перечислению дополнительных методов исследования, не содержат конкретных диагностических указаний и не ориентированы на МКБ-10.

По нашим данным наиболее распространенные диагностические заключения и основные диагностические критерии при идентификации психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, сводятся к следующему:

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства:

F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни:

F06.32 Депрессивное расстройство органической природы.

F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.

F 07.0 Органическое расстройство личности:

F 07.9 Неуточненные расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга (психоорганический синдром).

F3 Аффективные расстройства:

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство.

F34.1 Дистимия.

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:

F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

F45.0 Соматизированное расстройство.

F45.2 Ипохондрическое расстройство.

F 45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство.

F5 Расстройства, связанные с физиологическими нарушениями:

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:

F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.

F62.8 Другие хронические изменения личности вследствие переживаний совокупности факторов в пострадиационный период.

F68.0 Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам.

F06.32 Депрессивное расстройство органической природы

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что депрессии являются одним из самых распространенных нарушений психического здоровья у УЛПА на ЧАЭС и спустя 10 лет после аварии они составляют около 40% всех нарушений, что превышает средние популяционные показатели для мужского населения соответствующего возраста в 8 и более раз [41]. Эти состояния характеризуются чувством безрадостности, притуплением эмоциональной сферы — ангедонией, потерей интереса к прежним ценностям, безразличием. Самым значимым переживанием является ощущение конечности жизни, воспринимающееся без чувства страха, как некая фатальная, экзистенциальная неизбежность. В структуре депрессии преобладают астено-апатические расстройства, на фоне которых возникают тревожные раптусы, нередко приводящие к суицидальным высказываниям или поступкам (суицидальный риск выявляется у 38% больных). Тревожные состояния возникают или аутохтонно или под влиянием внешних неблагоприятных событий и характеризуются крайней реактивной лабильностью, гиперсензитивностью к любым, даже самым мелким стрессорам окружающей среды.

Этиопатогенетически такие состояния рассматриваются как затяжные эндоформные депрессии органического генеза [20], связанные с сосудистыми органическими нарушениями ЦНС, снижением энергетических возможностей организма, определяющихся иммунными и биохимическими нарушениями. Органическая природа депрессий подтверждается данными ЭЭГ исследования (дезорганизация корковых ритмов, снижение фоновой амплитуды, увеличение бета-волн, усиление дельта- и тета-активности), РЭГ исследований (венозная дисфункция, нарушения оттока, снижение интраокципитального кровенаполнения).

Среди конституциональных факторов, играющих роль в формировании депрессий у УЛПА на ЧАЭС, большое значение приобретает алекситимия — психологическое качество, заключающееся в трудности вербального и символического выражения своих чувств. Ограниченность осознания эмоций ведет к фокусированию на соматическом компоненте страдания. Даже получая специфическую терапию, пациенты сопро-

тивляются осознанию психической природы болезни. Поэтому с учетом алекситимического отношения к болезни важным является активное выявление депрессий с целью оказания больным специализированной помощи.

F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.

Является «сквозным» психическим расстройством периода отдаленных последствий радиоэкологической катастрофы [22,42]. Согласно МКБ-10 этот диагноз включен в диагностический модуль F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства и относится к диагностической рубрике F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической (соматической) болезни. Все расстройства, включенные в эту рубрику, не должны считаться «органическими» в специфическом понимании МКБ-10. Их следует рассматривать как «симптоматические», при которых центральная заинтересованность является вторичной по отношению к системному экстрацеребральному заболеванию [43].

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство у УЛПА на ЧАЭС является симптоматическим и вторичным по отношению к многочисленным системным соматическим заболеваниям. Этот синдром чаще всего проявляется при церебрально-сосудистых заболеваниях (ВСД, гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз), эндокринных (особенно гипо- и гипертиреозидизме) и обменных заболеваниях, токсических эффектах непсихотропных (например, антигипертензивных) препаратов. Возникающая при этом церебральная дисфункция не носит характера грубой церебральной патологии и с клинической точки зрения не должна квалифицироваться в рамках психоорганического синдрома. В наибольшей степени это расстройство соответствует традиционному в недалеком прошлом диагнозу: «астенический (неврозоподобный) синдром соматогенно обусловленный». Согласно ИДК-10 в клинической картине доминирует эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций), а также разнообразные неприятные физические ощущения, такие как головокружение или боли. Собственно астеническая симптоматика (утомляемость, вялость) не является необходимой для постановки диагноза. Имеющийся в этих случаях не резко выраженный неврологический де-

фицит чаще всего рассматривается как сопутствующая патология (гипертоническая (дисциркуляторная) энцефалопатия- I 67.4 или последствие цереброваскулярного заболевания — I 69).

Такое понимание природы органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства в полной мере согласуется с мнением составителей методических рекомендаций «Про впровадження в практику Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду» (Київ-1998), которые рубрикой F06 рекомендуют кодировать симптоматические непсихотические (невротические, неврозоподобные) психические расстройства. В МКБ-9 эти нарушения соответствовали диагностической рубрике 300.9 Неуточненные невротические расстройства и неврозоподобные состояния экзогенной этиологии. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в этих случаях может рассматриваться как умеренно выраженное.

Клиническая диагностика этого расстройства представляет определенные трудности. Переоценка жалоб больного может привести к гипердиагностике: диссоциация между частотой клинически установленного диагноза «астенический синдром» и объективно выявленной астенизацией, как показателя физической работоспособности, по данным С.А.Амиразяна и соавт. (1996), приближается к соотношению 4:1. Однако это противоречие теряет значение при идентификации нарушений в контексте церебральной астении, одной из существенных черт которой является астеническое изменение динамики течения психических процессов при сохранении формальных возможностей функционирования всех элементов психической деятельности и основных структур личности.

Пострадиационный церебрастенический синдром включает физические симптомы (чаще всего церебрально-сосудистая слабость) и комплекс психических расстройств [1]:

- повышенная истощаемость, создающая субъективное ощущение постоянной утомляемости, разбитости, физической слабости, замедление и затруднение интеллектуальных процессов;
- вялость, медлительность в сочетании с частой головной болью, головокружением, ощущением тяжести в голове, нарушение сна;
- совокупность психо-эмоциональных астенических проявлений: раздражительная слабость, легкость возникновения непосредственных эмоциональных реакций, нерешительность в действиях, неуверенность, впечатлительность, мнительность;

- нарушение способности запоминать текущие события.

Диагностическими критериями постраниационного церебрастенического синдрома являются его стойкость, отсутствие связи с психогениями и положительной динамикой при отдыхе. Предположительное участие мозгового субстрата (церебральная дисфункция) в возникновении этих расстройств подтверждается наличием дисциркуляторной энцефалопатии и соответствующими изменениями на РЭГ, ЭЭГ и КТ головного мозга. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в этом случае может квалифицироваться как выраженное.

F07.0 Органическое расстройство личности

Диагностические критерии этого диагностического модуля предполагают, что изменения личности и поведения являются резидуальным или сопутствующим повреждением, или дисфункцией головного мозга (при этом диагностируется конкретная интракраниальная (как правило, очаговая) органическая патология).

Исключение из числа возможных причин этого расстройства системных соматических заболеваний минимизирует роль соматогенного фактора в его возникновении. Природа нарушений личности и поведения в этих случаях обусловлена в основном первичными церебрально-органическими расстройствами, клиническая идентификация которых соответствует традиционно понимаемой структуре психоорганического синдрома.

Органическое расстройство личности характеризуется сочетанием когнитивных и эмоционально-волевых расстройств со значительным снижением уровня личности. Снижение познавательной деятельности проявляется в основном в сфере планирования и прогнозирования собственной жизни, а также способности к целенаправленной деятельности. Этому способствуют ригидное и вязкое мышление, речь с ограниченным набором понятий, труднопереключаемое внимание, снижение побуждений. Объем чувственного познания редуцируется до узкобытовых проблем. Нарушения памяти (гипомнезия) перестают быть субъективно фиксируемым расстройством, а подтверждается клиническим и клинико-психологическим исследованиями.

Эмоционально-волевая сфера характеризуется безинициативностью и апатией, распространяющимися на все виды психического функцио-

нирования. Настроение часто приобретает злобно-раздражительную окраску.

Органическое снижение личности проявляется выраженной когнитивной уязвимостью, брутальными эмоциональными реакциями, утратой “контуров” и снижением витального тонуса личности, резким обеднением запаса знаний, сужением круга интересов, нарушением привычных стереотипов сложной моторной деятельности и трудовых навыков, невозможностью приобретения нового опыта.

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

Значительная распространенность системных соматических заболеваний у УЛПА на ЧАЭС с многочисленными психологическими и психосоциальными проблемами, характерными для этого контингента, повышают вероятность декомпенсирующего влияния психологических (личностных) факторов на соматическое состояние пациента. Сопутствующие таким декомпенсациям (возникновению или обострению соматических заболеваний) психические нарушения обычно являются легкими (беспокойство, эмоциональная лабильность, дурные предчувствия) и трактуются не с позиции того или иного клинически выраженного психического расстройства, а с точки зрения субклинических проявлений в связи с неблагоприятным воздействием психологических факторов на соматическое состояние. Диагностическое заключение в таких случаях должно констатировать тот или иной вариант психической (психологической) дезадаптации и связанное с ней соматическое расстройство (пример — субклиническое депрессивное расстройство, связанное с язвенной болезнью желудка F54+F45).

F 62.8 Другие хронические изменения личности вследствие переживаний совокупности факторов в постраниационный период

В настоящее время нет достаточных оснований рассматривать хронические изменения личности у УЛПА исключительно в связи с переживаниями катастрофы (F 62.0). С другой стороны, они не являются вторичными, возникающими при значительных повреждениях головного мозга.

Хронические изменения личности формируются постепенно в процессе жизни ликвидаторов последствий аварии и отражают совокуп-

ность неблагоприятных биопсихосоциальных факторов (в т.ч. хронических жизненных трудностей). Основным этиологическим фактором являются глубокие и экзистенциально экстремальные переживания личности, приводящие к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании.

Спустя 10 и более лет после ликвидации последствий аварии на ЧАЭС у большинства ликвидаторов определяются многообразные изменения личности и социальной адаптации, находящие отражение в следующих определениях: хронически протекающая психическая дезадаптация и состояние общего стресса [13,45], патологическое развитие личности [1], социально-психологическая дезадаптация со стремлением к уходу от реальности [46], психосоциальная дисфункция [37], психосоматическое развитие личности [29], низкий уровень психического состояния личности [47], психоорганическое развитие личности апатического или параноидного типа (И.Г.Халявка и соавт., 1995), синдром «негарантированного» или «безнадежного» будущего [17], личностная дезинтеграция со снижением адаптационных возможностей [31].

Столь разнообразное количество мнений о сущности перестройки личности УЛПА на ЧАЭС свидетельствует о том, что в целом патологический профиль личности (по данным экспериментально-психологического исследования) отражает состояние хронического дистресса и дезадаптации личности в различных сферах социального и профессионального функционирования. К наиболее общим признакам личностной дисфункции можно отнести высокий уровень эмоционального напряжения, личностной и ситуативной тревожности, снижение адаптационных возможностей, катализацию беспокойства за свое здоровье в условиях пролонгированного стресса, бесперспективность и бессмысленность жизни, катастрофический уровень конфликтности, гиперсинзитивность, нарушение интеллектуального контроля, «уход в болезнь».

Б.С.Положий [48] такие состояния рассматривает как апатический вариант кризиса идентичности личности с потерей медицинской перспективы, снижением самооценки, замкнутостью и пассивным ожиданием решения своих проблем, что способствует развитию социально-бытовой и профессиональной дезадаптации.

Достаточно характерным для этой категории больных можно считать «рентное» или «установочное» поведение, направленное на получение социальных льгот [19,49]. Еще в 1993 году

А.П. Чуприков обращал внимание на то, что бурная перестройка общества, мотиваций, привычек и быта могут в ближайшее время занять в населении доминирующее влияние по патогенности, отодвинув в сторону влияние последствий Чернобыльской катастрофы.

Законом Украины «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», принятым в 1991 году с дополнениями (1992-1998 гг), наибольшие льготы и компенсации предусматриваются инвалидам-участникам ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Само по себе это не могло не вызвать феномена «отстаивания своих прав на инвалидность» у многих УЛПА на ЧАЭС, о чем свидетельствуют и высокий уровень обращаемости за медицинской помощью, и значительное увеличение числа инвалидов среди пострадавших спустя 10-15 лет после катастрофы. Эта тенденция, традиционно рассматриваемая как «установочное» или «рентное» поведение, имеет сложные механизмы и не должна оцениваться исключительно в контексте «преувеличения физических симптомов по психологическим причинам» (F68.0 — компенсационный невроз) и тем более как симуляция (F68.1).

Установочные ориентации больных на получение льгот нередко наблюдаются в структуре хронических изменений личности на фоне переживаемых значительных жизненных трудностей, дистресса и истощения психологических ресурсов. Так называемая «внутренняя картина болезни» у таких пациентов характеризуется полным принятием роли больного, самоограничением, самоощажением, драматизацией своего состояния и качества жизни. Ведущей позицией личности, определяющей сферу жизненных интересов больного и его поведенческие тенденции, становится ориентация на инвалидность и получение льгот. Сложившаяся в результате болезни ситуация обычно оценивается как непреодолимая, как «конечный пункт жизненного пути», утрачивается внутренняя потребность в борьбе с болезнью и в утверждении новых мотивационно-смысловых установок.

Постепенно происходит трансформация системы мотивов, формирование сверхценных ипохондрических образований и, в конечном счете, синдрома «выученной социальной беспомощности» (неспособность принять на себя ответственность за собственную жизнь в обществе по Е.И. Головахе и Н.В. Паниной, 1994). Эта беспомощность отражает кризисное состояние личности [13] и ее глубокие экзистенциальные

экстремальные переживания, ведущие к длительным нарушениям в межличностной социальной и профессиональной сфере и субъективному дистрессу. В этих условиях в качестве компенсаторных механизмов используется преодолевающее поведение, направленное на получение льгот и отражающее мотивационно-смысловую центр жизни (выживания) многих пациентов, оказавшихся за порогом нормальной жизни.

Постепенно вырабатывается своеобразная стратегия социального поведения, которая может помочь в достижении цели. Привычными способами становятся многочисленные обращения за медицинской помощью, частые госпитализации, комплексные повторные обследования, «накопление» диагнозов до определенных «стандартов», позволяющих связать (досвязать) их с действием вредных факторов в период ликвидации аварии на ЧАЭС. Такое поведение является частью заученного паттерна реакции на болезнь, включающей интенсивные внутренние переживания и пристальное внимание к телесным ощущениям. Таким образом формируется зависимость от медицинских служб («матрица патологического опыта») как безальтернативная (единственно возможная) форма психологической защиты. При рассмотрении ее в контексте хронических изменений личности и неразрешимых психосоциальных проблем пациента возникает необходимость терпимого и гуманного отношения к пострадавшим. С другой стороны, следует шире использовать специальные психокоррекционные программы, затрагивающие систему значимых отношений личности.

Однако при оценке уровня трудоспособности пациента предпочтение следует отдавать оценке объективных функциональных возможностей пациента, а не особенностям его психологичес-

кого реагирования на хронические жизненные трудности. Из этого, тем не менее, не следует, что улучшения трудового прогноза у этой категории пациентов можно добиться без изменений законодательства и их социально-экономического положения.

Таким образом, при изучении психического состояния УЛПА на ЧАЭС чрезвычайно важное значение приобретает феномен «поведения, связанного с болезнью». Адаптивное поведение позволяет человеку нормально функционировать, не переоценивая степень серьезности заболевания и тем более не претендуя на инвалидность. Аномальное (неадекватное, дезадаптивное) поведение не предусматривает стремления к сохранению уровня функционирования либо к выздоровлению.

Аномальное поведение, связанное с болезнью, во всех случаях проявляется «утверждением» болезни и ее тяжести, стремлением постоянно оставаться в роли инвалида, независимо от выраженности субъективных ощущений и объективного состояния здоровья. При этом, как правило, отсутствуют намеренная имитация болезни, прямой и обдуманной расчет получить выгоду от инвалидизации. Скорее этот процесс представляет собой проявление действия бессознательных механизмов психологической защиты, отражающих невозможность удовлетворить соответствующие (в общем вполне нормальные) потребности более адекватными способами (в отличие от сознательной симуляции: имитации болезни с очевидной мотивацией — Z76,5). Такое поведение направлено на освобождение пациента от состояния личностного и социального дистресса путем избегания лежащей в его основе трудной (бесперспективной, безнадежной) жизненной ситуации в ее субъективном преломлении.

В.А.Абрамов

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС (КЛІНІЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ). І ПОВІДОМЛЕННЯ.

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, Україна

У статті наведені дані про основні патогенетичні та клінічні особливості психічних розладів у ліквідаторів наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС. Змальовані соматогенна, церебрально-органічна та соціально-психологічна передиспозиції порушень психічного здоров'я. Представлені систематика та основні діагностичні критерії найбільш розповсюджених психічних розладів у ЛНА на ЧАЕС. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 3-17).

MENTAL DISORDERS IN LIQUIDATORS OF THE CONSEQUENCES OF THE ACCIDENT ON CHERNOBYL AES (CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS)

Donetsk State Medical M.Gorkov's University, Ukraine

Data about the main pathogenetic and clinical peculiarities of mental disorders in liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES are adduced. Somatogenetic, cerebral-organic, social and psychological predispositions of mental health disturbances are described. The systematic and the main diagnostic criteria of the most widespread mental disorders in liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES are shown (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 3-17)

Литература

1. Ревенко О.А. Закономірності формування та прогноз подальшого розвитку органічного ураження головного мозку в осіб, що зазнали впливу іонізуючих випромінювань // Український вісник психоневрології. 1998, №3 (18). — с. 48-50.
2. Чумак В.В., Лихтарев І.А., Рєпін В.С. Дозы облучения участников ликвидации последствий аварии // Чернобыльская катастрофа. Под ред. акад. В.Г.Барьяхтара. — Киев: Наукова думка, 1995. — С.393-396.
3. Лось И.П. Гигиеническая оценка дозообразующих источников ионизирующих излучений природного и технологического происхождения и доз облучения населения Украины. — Автореф. дисс. ... д-ра биол. наук. — Киев, 1993.
4. Лихтарев І.А., Лось І.П. Критерии для принятия решений. Чернобыльская катастрофа. Под ред. акад. В.Г.Барьяхтара. — Киев: Наукова думка, 1995. — С.537-539.
5. Сергеев Г.В. Медико-санитарные мероприятия по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. Материалы научной конференции. Киев: Здоров'я, 1988. — С.15-26.
6. Александровский Ю.А. Психоневротические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС: Материалы научной конференции. — Киев: Здоров'я, 1988. — С.171-176.
7. Александровский Ю.А. Экологические катастрофы и психическое здоровье // Сов. медицина. — 1991. — №12. — С.3-9.
8. Серкиз Я.И. Особенности биологических эффектов радиации низких эффективностей // 1-й Всесоюзный радиобиологический съезд: Тезисы докладов. Т.4. — Пушкино, 1989. — С.853-854.
9. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев. 1998. — 350 с.
10. Торубаров Ф.С. и соавт. Состояние нервной системы у пострадавших при аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989, №9(2). — С. 48-52.
11. Ромоданов А.П., Винницкий А.Р. Уражения головного мозга при променевої хворобі легкого ступеня // Лікарська справа. 1993, №3 (1). — с. 10-16.
12. Рудницкий В.А., Семке В.Я. и соавт. Клинические особенности пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // XII съезд психиатров России. М., 1995. — с. 171-172.
13. Суринов Б.Л., Паршков Е.М. Эффекты коммуникативного стресса в постчернобыльском периоде. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — 1998. — с. 496.
14. Нягу А.И., Логановский К.Н. Клинико-нейрофизиологические критерии энцефалопатий у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения // Вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с. 8-9.
15. Нягу А.И., Логановский К.Н. Психические расстройства у пострадавших в связи с аварией на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". 1995, Киев. — с.114.
16. Нягу А.И. и соавт. Пострадиационная энцефалопатия в отдаленный период острой болезни // Украинский медицинский часопис. 1997, №2 (2). — с. 33-44.
17. Логановский К.Н., Нягу А.И. Характеристика психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы в свете международной классификации болезней 10-го пересмотра // Социальная и клиническая психиатрия. 1995, №2. — с. 15-22.
18. Логановский К.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты психиатрических последствий Чернобыльской катастрофы // Журнал социальной и клинической психиатрии. 1999, №1. — С.5-15.
19. Краснов В.Н. и соавт. Клинико-патогенетическая зависимость в развитии психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с. 5-6.
20. Чуприков А.П. Спорные вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с.2-6.
21. Кутько И.И., Казакова С.Е., Вишняков Ю.В. Варианты психоорганического синдрома у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". 1995, Киев. — с.104.
22. Крыжановская Л.А. Характеристика психических расстройств непсихотического уровня у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — с. 264.
23. Коваленко А.Н. Выброс радионуклидов в результате Чернобыльской аварии и проблема внутреннего облучения // Украинский медицинский часопис. 1998, №2 (4). — с. 6-16.
24. Мирошниченко С.В. Анализ некоторых показателей иммунитета у больных с язвой двенадцатиперстной кишки — участников ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы // Украинский медицинский часопис. 1998, №2-4. — с. 51-53.
25. Романенко Н.И. и соавт. Особенности влияния малых доз ионизирующего излучения на состояние нервной системы // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". 1995, Киев. — с. 264.
26. Якименко Д.М. Клинические проявления астено-вегетативного синдрома у больных язвенной болезнью с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". — 1995. — Киев. — с. 280.
27. Головенко С.В. О взаимоотношениях между психическими и соматическими расстройствами у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Журнал невропатологии и психиатрии. 1994, №2. — с. 93-94.
28. Weyerer S. Relationships between physical and psychological disorders // In: Psychological Disorders in General Medical Settings (ed N. Sartorius et al.). Bern: Huber — Hogrefe. — 1990.
29. Напреенко А.К., К.Н.Логановский. Система психиатрической помощи при радиоэкологических катастрофах и локальных войнах // Журнал психиатрической и медицинской психологии. №1 (7), 2000. — С.14-18.
30. Волошин П.В., Крыженко Т.В., Здесенко И.В. и др. Клинические и функционально-структурные изменения нервной системы у лиц, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС // Социально-психологические и психоневрологические аспекты последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Материалы научной конференции Франко Содружества с международным участием. — Киев, 1993. — С.190-194.
31. Аміразян С.А. та співавт. Основні підходи до оцінки працездатності ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС // Український Радіологічний Журнал. 1996, 4. — с. 44-46.
32. Симонова Л.И. и соавт. Трудоспособность и влияющие на нее социально-психологические факторы у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы

в Чернобыле". Киев, 1995. — с. 268.

33. Вишнева В.П. Психологические аспекты синдрома преждевременного старения ликвидаторов. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. 1998. — с.198.

34. Шевага В.М., Пайонок А.В. Оцінка ефективності комплексної терапії дисциркуляторної енцефалопатії при гіпертонічній хворобі за динамікою нейрофізіологічних та біохімічних досліджень // Український вісник психоневрології. 1996, 4, 3 (10). — с. 305-306.

35. Хомская Е.Д. Нейропсихологическое исследование участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // XII съезд психиатров России. М., 1995. — с. 625-626.

36. Назаренко В.Г. и соавт. Ранняя диагностика цереброваскулярных нарушений у работников вугільних шахт Донбасу // Український вісник психоневрології. 1996, 4, 3 (10). — с.227-228.

37. Талалаева Г.В., Шариков В.Н., Юшков П.И. К проблеме биосоциальной типологизации лиц, подвергшихся психологическому стрессу. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — 1998. — с. 498.

38. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства у пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС. 2-я международная конференция // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев, 1998. — с.434.

39. Kleinman A. Rethinking Psychiatry. London: The Free Press. — 1988.

40. Наказ Міністра охорони здоров'я України №150 от 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".

41. Румянцева Г.М. и соавт. Депрессии и их роль в формировании психосоматической заболеваемости у участников ликвидации аварии на ЧАЭС // Российский психиатрический журнал. 1998. N5. — с. 52-56.

42. Ревенок А.А. Характеристика церебрального

синдрома у лиц, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС // Лікарська справа. 1997, N5.- С. 32-35.

43. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ. Россия. Санкт-Петербург "АДИС". 1994. — 302 с.

44. Методичні рекомендації про впровадження в практику Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, клас 5 "Розлади психіки та поведінки". Складачі: А.Н. Міщенко та ін. Київ — 1998. — 24 с.

45. Новиков В.С., Никифоров А.М., Черкасов В.Ю. Психологические последствия аварии // Военно-медицинский журнал. 1996, N6. — с. 57-62.

46. Симонова Л.И. и соавт. Трудовой прогноз: соматоневрологические и психологические факторы, определяющие его у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в дозах, не превышающих предельно допустимую // 2-я международная конференция: Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Киев. — 1998. — с. 368.

47. Чинкина О.В. Некоторые итоги клинико-психологического изучения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, проходящих стационарное обследование и экспертизу // Международная конференция "Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле". — 1995, Киев. — с. 162.

48. Положий Б.С. Культуральные аспекты психического здоровья населения России. XII съезд психиатров. М., 1995. — с. 102-103.

49. Гринева И.М., Хохолева А.А., Косса Н.Д. Клинические варианты невротоподобной симптоматики у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Вопросы радиационной психиатрии. Киев. 1993. — с. 21-22.

50. Закон України Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи // Права інвалідів в Україні. Сфера. Київ, 1998. — с. 101-153.

51. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие. История, теория и современная практика. Киев. Абрис. 1994. — 170с.

Поступила в редакцию 18.08.2001г.

УДК 616.831-009.11-07-08

*С.К. Евтушенко, А.А. Омеляненко***АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ — КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БЛИЖАЙШЕГО ИСХОДА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: апаллический синдром, клиника, диагностика, лечение, прогноз

Одним из неблагоприятных исходов критических состояний с вовлечением нервной системы у детей является апаллический синдром (АС). Этот синдром проявляется отсутствием сознания при сохранении цикла «сон-бодрствование» в сочетании с различным неврологическим дефицитом. Такие больные не демонстрируют никаких целенаправленных, устойчивых и воспроизводимых ответов на зрительные, слуховые и тактильные стимулы, какое-либо взаимодействие с окружающими отсутствует. Вегетативные функции нервной системы сохра-

няются в степени, позволяющей выживание таких детей [1-6].

Несмотря на относительную редкость этого состояния, изучение АС нетравматической этиологии является очень актуальным, что определяется трудностями диагностики, неопределенностью с методами лечения и прогнозом [7-10].

Целями исследования были уточнение диагностических и прогностических критериев АС у детей, разработка терапии направленной на восстановление сознания и снижение выраженности неврологического дефицита.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 39 детей (23 мальчика и 16 девочек) с нетравматическим АС. Этиологическим фактором у 21 ребенка (53,8%) послужили менингоэнцефалиты (МЭ). В 4 случаях (10,3%) причиной развития АС была механическая асфиксия — аспирация рвотных масс у 2 детей, стеноз гортани — у 1 ребенка и повешение — у 1 человека. У 2 детей (5,1%) АС развился после анафилактического шока с асистолией при проведении анестезии. Причиной АС у 2 детей (5,1%) стал эпилептический статус, у 2 детей (5,1%) — электротравма, у 3 (7,7%) — утопление в пресной воде, у 1 ребенка (2,6%) — ботулизм, у 1 человека (2,6%) — отравление манилином. Еще у 3 детей (7,7%) АС был исходом отека мозга, осложнившим другие системные расстройства. У 2 детей АС развивался на фоне предсуществующего церебрального паралича, а у 1 ребенка — на фоне задержки психоречевого развития. Все больные были разделены на две этиологические группы — 21 ребенок (53,2%) с МЭ и 18 человек (46,2%) с гипоксическим поражением мозга (ГПМ).

По возрасту больные распределились следующим образом: младше 1 года — 13 человек (33,3%), от 1 года до 3 лет — 9 детей (23,1%), старше 3 лет — 17 детей (43,6%). Возрастной

состав в этиологических группах различался — почти половина детей (47,6%) в группе с МЭ была младше года, тогда как в группе с ГПМ дети младше года составили только 16,7%.

16 детей получали лечение по разработанной нами методике и они составили основную группу наблюдения. 23 ребенка, получавшие традиционную терапию, которая была представлена ноотропными и вазоактивными в возрастных дозировках, симптоматическими средствами, составили группу сравнения.

У всех больных был тщательно изучен неврологический статус, анамнез и течение заболевания — учитывалось состояние мышечного тонуса, наличие гиперкинезов, эпилептических приступов до начала и в период АС, бронхолегочные и желудочно-кишечные осложнения. Структурные изменения головного мозга были изучены с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Мозговой кровоток изучался методом ультразвуковой транскраниальной доплерографии на аппарате «Logidop — 4» (Германия). Биоэлектрическая активность мозга была изучена однократно у всех и в динамике у 33 детей на программно-аппаратных комплексах «DX-4000 Practic» и «DX-NT 32 Professional» (Украина).

Исходы через 3 месяца и влияние на них различных параметров неврологического статуса, состояния церебрального кровотока, структурных изменений мозга, состояния биоэлектрической активности мозга оценивались в целом у всех детей, отдельно в основной группе наблюдения и группе сравнения, а также в каждой этиологической и возрастной группе.

Полученные результаты и их обсуждение

Клиническая картина у всех детей была представлена отсутствием сознания, но при наличии цикла «сон-бодрствование». У всех больных кома длилась от 1 до 3 недель, после чего появлялось спонтанное либо индуцированное внешними стимулами открывание глаз, что знаменовало начало АС. В первые недели АС структура цикла сон-бодрствование не совпадала с суточным ритмом, через 14-21 день бодрствование начинало преобладать днем, а сон ночью. Сон занимает большую часть времени суток. В периоды бодрствования у большей часть из них наблюдаются какие-либо нецеленаправленные движения конечностями, глаза совершают блуждающие движения. У 12 больных с МЭ (57,1%) и у 9 больных с ГПМ (50,0%) в состоянии бодрствования имели место гиперкинезы представленные оперкулярными автоматизмами и хореоатетозом. Гиперкинезы встречались несколько чаще у старших детей (64,7%), чем у детей младшего возраста (46,2%), но разница была недостоверной ($p=0,25$). Больные могут издавать стоны, другие нечленораздельные звуки. При манипуляциях возникали генерализованное двигательное возбуждение, дистонические позы, усиливались гиперкинезы, больные начинали стонать, кричать или плакать. Это возбуждение могло длиться несколько минут. У 14 больных такие эпизоды возникали без видимых причин. Контроль тазовых функций отсутствовал у всех больных, однако через 2-4 недели у 19 детей (48,7%) перед дефекацией или мочеиспусканием возникало характерное беспокойство, по которому можно было предсказать эти события.

У 32 из 39 детей отмечалось повышение мышечного тонуса, которое на ранних этапах приводило к формированию декортикационной установки конечностей. У большинства пациентов в различные сроки, обычно в течение 1-3 недель, мышечная гипертония смягчалась и исчезала декортикационная поза. Мышечный тонус становился изменчивым с преобладанием спастики, у 8 больных преобладала мышечная гипотония. У детей с сохранением высокого тонуса развивались контрактуры. У 5 больных встречалось сочетание повышения мышечного тонуса в дистальных отделах с понижением его в проксимальных отделах конечностей.

У 84,6% детей имел место псевдобульбарный синдром с грубыми рефлексамии оральном автоматизма. В первые недели АС был резко выражен тризм при раздражении в оральной области, что требовало питания через назогастральный зонд. У большинства больных через 1-2 недели эти явления стихали, что делало возможным обычное кормление. Бруксизм, лакающие движения, сосание собственного языка, губ, пальцев, слюнотечение могли сохраняться длительно, но их выраженность тоже уменьшалась с течением времени. Во всех возрастных и этиологических группах встречаемость этого феномена была почти одинаковой и колебалась от 77,8% до 88,9%.

Эпилептические приступы в остром периоде заболевания, еще до начала АС, наблюдались у 34 детей (87,2%). В группе детей с МЭ приступы в период формирования АС были зарегистрированы в 100% случаев. При ГПМ эпилептические приступы в остром периоде встречались реже и имели место у 72,2% детей ($p = 0,12$). Встречаемость приступов в остром периоде была наибольшей у детей младше 3 лет. К моменту начала АС эпилептические приступы исчезли у большей части больных и наблюдались у 14 (35,9%) из 39 больных. В группе с МЭ эпилептические приступы встречались в 2,1 раза чаще, чем у детей с ГПМ ($p=0,048$). Во всех случаях имели место вторично-генерализованные приступы.

У 17 детей (43,6%) наблюдалось усиление стартл-рефлексов, которое проявлялось резким вздрагиванием или, реже, кратковременным тоническим напряжением аксиальной мускулатуры при внезапных звуковых или тактильных раздражениях. Такие эпизоды могли имитировать эпилептические приступы. Этот феномен несколько чаще встречался у детей с МЭ (47,6%), чем у детей с ГПМ (38,9%) ($p = 0,095$). Наиболее часто усиление стартл-рефлексов наблюдалось у детей в возрасте от 1 года до 3 лет — 55,6%. У 2 детей в группе с МЭ мы наблюдали так называемые рефлекторно-обусловленные эпилептические приступы, которые также вызывались внезапными стимулами, тактильными и/или звуковыми. Усиленные стартл-рефлексы и рефлекторно-обусловленные эпилептические

приступы дифференцировались с помощью видео-ЭЭГ-мониторинга («DX-NT 32 Professional»).

У многих больных развивались нейротрофические, бронхолегочные и желудочно-кишечные расстройства. У 5 детей (12,8%) имело место истощение, достигавшее степени кахексии. Бронхолегочные осложнения возникли у 79,5% всех детей. Несколько чаще они наблюдались у детей с ГПМ (83,3%), чем у больных с МЭ (76,2%). Колебания встречаемости в возрастных группах были недостоверными ($p > 0,02$).

Нарушения функции желудочно-кишечного тракта наиболее часто были представлены запорами, и они встречались у 26 из 39 пациентов (66,7%). Между этиологическими группами существенной разницы не было, но эти проблемы встречались достоверно реже у детей младше 1 года (46,2%), чем в целом по всем группам ($p = 0,044$).

Структурные изменения головного мозга были изучены у 34 детей с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а у детей до года и нейрорадиографически. Наиболее частыми находками в обеих этиологических и во всех возрастных группах были расширение субарахноидальных пространств (79,4%) и вентрикуломегалия (91,2%). У 26 (76,5%) пациентов имело место сочетанное расширение желудочков мозга и субарахноидальных пространств. Достоверной разницы между различными группами больных не было ($p > 0,01$). В 9 (26,5%) случаях по данным компьютерной томографии было выявлено снижение плотности вещества мозга. Снижение плотности встречалось в 1,5 раза чаще у больных с МЭ, чем при ГПМ ($p = 0,0068$). Разница в возрастном распределении этой компьютерно-томографической находки была недостоверной ($p > 0,03$).

Оценка мозгового кровотока методом транскраниальной доплерографии была проведена у 28 больных. Оценивались скорость кровотока по передней (ПМА), средней (СМА) и задней мозговой артериям (ЗМА), основной (ОА) и позвоночным артериям (ПА) каждого из полушарий. Также учитывалось состояние венозного звена церебральной гемодинамики. Обследование проводили до начала лечения, в период лечения и после окончания курса лечения. Влияние никотиновой кислоты на церебральный кровоток оценивалось доплерографически — учитывались степень усиления кровообращения и длительность эффекта.

Из 28 обследованных детей с АС только у 4

человек (14,3%) церебральный кровоток был в пределах нормы. Снижение скорости кровотока мы выявили у 24 больных (85,7%), причем одинаково часто в обеих этиологических группах. В возрастных группах частота снижения церебрального кровотока колебалась от 100% у детей в возрасте 1-3 года до 76,9% у детей старшего возраста ($p > 0,2$). Нарушение венозного оттока из полости черепа имело место у 60,7% обследованных. Частота встречаемости была почти одинаковой в возрастных и этиологических группах ($p > 0,2$).

У 21 больного (75%) выявлен феномен гипореактивности мозгового кровотока, который заключался в отсроченном возникновении усиления мозгового кровотока и в отсутствии или минимальной реакции на обычные дозы вазоактивных препаратов. Этот факт определил необходимость использования никотиновой кислоты в высоких дозах, которая показала наибольшую эффективность. Гипореактивность сосудистого русла встречалась почти одинаково часто во всех этиологических и возрастных группах ($p > 0,09$).

При изучении биоэлектрической активности мозга проводился как визуальный, так и цифровой анализ ЭЭГ. Анализировались медианная частота активности, вклад каждого из частотного диапазонов в суммарную активность в затылочных, теменных и задневисочных отделах, наличие очаговых изменений и эпилептических феноменов, межполушарная асимметрия, пространственная организация активности и ее реактивность, а также наличие или отсутствие физиологических ЭЭГ-феноменов. Были получены разнообразные ЭЭГ-паттерны. Для всех больных было общим исчезновение нормальной пространственной организации БЭА, отсутствие базового ритма, наличие в большем или меньшем количестве всплесков билатерально-синхронных генерализованных дельта- и тэта-волн. В первые 2 недели АС у большинства детей регистрировалась, представленная дельта- и тэта-активностью амплитудой от 50 до 150 мкВ, которая флюктуировала по амплитуде и частоте. Позднее, в течение 1-2 недель, медленная активность сменяется полиморфной более быстрой активностью средней, низкой и очень низкой амплитуды. Очень низкая амплитуда колебаний не встречалась у детей младше года. Анализ количественных показателей биоэлектрической активности не выявил каких-либо характерных для этиологии или прогноза черт. Очаговые неэпилептические изменения были выявлены у 4

больных. В межприступном периоде эпилептическая активность была выявлена только у 3 больных. Из качественных показателей ЭЭГ наиболее важными были наличие физиологических паттернов и сохранение изменений БЭА при стимуляции. Эти феномены были зарегистрированы у всех детей с восстановлением сознания и только у 5 детей (16,7%) без него.

16 больных из обеих этиологических групп получали интенсивную терапию, которая включает в себя внутримышечное введение никотиновой кислоты в высоких дозах по разработанной нами схеме, последующую краниопунктуру, электрокраниопунктуру, внутривенные капельные инфузии инстенона или нихолина, корпоральную акупунктуру и сенсорную стимуляцию. Инъекции никотиновой кислоты проводились ежедневно 1 раз в сутки. Первая инъекция проводилась в дозе 0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни. В дальнейшем доза препарата увеличивалась по 0,2-1 мл на инъекцию в зависимости от возраста до максимально переносимой, после чего доза также постепенно снижалась. На высоте эффекта никотиновой кислоты проводилась кранио- или электрокраниопунктура. Использовались симметрично вазо- и психомоторная, психоаффективная, купирования гиперкинезов, торможения эпилепсии, речевая, зрения. Электростимуляция проводилась аппаратом «Laspeg» (Япония). В тех случаях, где был выявлен базовый ритм ЭЭГ стимуляция проводилась с частотой этого ритма, а в других случаях — с частотой нормального базового ритма. Для корпоральной акупунктуры использовались стимулирующие точки меридианов, которые своим внутренним ходом следуют через мозг — передне- и заднесрединного, мочевого пузыря, печени и сердца (J26, T20, C9, F8, V67). Через 4-6 часов после инъекции никотиновой кислоты проводились внутривенные капельные инфузии инстенона в дозе 0,1 мл/кг. В качестве ноотропного препарата мы использовали когитум. Препарат назначался в следующих дозах: у детей до 3 лет — по 1/2 ампулы 2 раза в сутки; в возрасте от 3 до 5 лет — по 1/2 ампулы 3 раза в сутки; у детей в возрасте от 5 до 10 лет — по 1 ампуле 2 раза в сутки и у детей старше 3 лет — по 1 ампуле 3 раза в сутки. В периоды бодрствования создавали насыщенное сенсорное окружение, которое заключалось в частом обращении к ребенку, тактильном контакте с ним, яркой окружающей об-

становке, прослушивании музыки, радиопередач и др. Все детям проводилась симптоматическая терапия, направленная на нормализацию соматического статуса, снижение мышечного тонуса, предупреждение развития контрактур и купирование эпилептических приступов. В обеих группах часть детей получала сеансы гипербарической оксигенации — 4 ребенка основной группе (25%) и 10 детей в группе сравнения (43,5%).

Такую терапию проводили курсами длительностью 3-4 недели. Если после проведения 3-4 курсов такого лечения восстановление сознания не происходило, то интенсивную терапию прекращали и больные получали только симптоматическое лечение. У больных с восстановлением сознания проведение таких курсов продолжали с целью уменьшения неврологического дефицита. Схему акупунктуры и скальптерапии меняли в соответствии с неврологическим статусом ребенка. 5 детей с восстановлением сознания получали внутривенные капельные инфузии нихолина по 2-4 мл в 100-150 мл физиологического раствора. Каждый ребенок получил от 6 до 9 инфузий. У всех 5 детей отмечались позитивные сдвиги в клинической картине — нарастала сила в конечностях, улучшалось зрение, расширялись возможности контакта, больные становились более активны.

Исходы лечения через 3 месяца от его начала в этой группе сравнивали с исходами у 23 детей, которые получали вазоактивные (трентал, кавинтон, ницерголин) и ноотропные препараты (пирацетам, аминалон, пикамилон и др.) в возрастных дозах и симптоматическую терапию.

Исходы терапии были разделены на 3 группы — сохранение АС, синдром минимального сознания и восстановление сознания.

Синдром минимального сознания (СМС) — это состояние, при котором имеются отдельные поведенческие реакции в одной из оцениваемых категорий (зрительное, слуховое восприятие, контроль тазовых функций и т.п.) или если присутствует хотя бы одна из следующих характеристик ответных реакций — постоянство, воспроизводимость, целенаправленность или произвольность. Такие ответы могут свидетельствовать об определенном осознании себя или окружающего. Эти дети могли кратковременно фиксировать взгляд, проследить за предметами, демонстрировать слуховое сосредоточение и позитивные эмоции, но не более того.

К концу 3 месяца от начала терапии восстановление сознания произошло у 9 из 39 детей

(23,1%). Имела место существенная разница в исходах между основной группой и группой сравнения — восстановление сознания встречалось в 1,8 раза чаще у детей в основной группе, чем у детей в группе сравнения ($p = 0,0021$). ЧБНЛ в основной группе составил 3,2 (ДИ = 2,8-3,6)¹. ЧБНЛ в группе сравнения составил 5,8 (ДИ = 5,4-6,1). Разница между этими двумя показателями была достоверной ($p = 0,0016$). Длительность АС у больных с восстановлением сознания варьировала от 12 до 65 суток. Средняя длительность АС составила 32 ± 15 суток в случаях с восстановлением сознания и 47 ± 26 суток у детей с незначительной позитивной динамикой. В основной группе средняя длительность АС была 39 ± 16 суток, а в группе сравнения — 23 ± 13 суток ($p = 0,081$). Большая длительность АС коррелировала с более длительным сроком от начала АС до начала терапии (коэффициент корреляции — 0,93). Частота сохранения АС и развития СМС составили 37,5% и 31,3% в основной группе и 56,6% и 26,1% в группе сравнения ($p > 0,05$). Средний срок от начала АС до развития СМС составил 47 ± 15 дней.

Анализ частоты различных исходов в различных этиологических группах выявил некоторые характерные тенденции. Наиболее яркое отличие в частоте позитивных исходов было в разных этиологических группах. У детей с ГПМ позитивная динамика зарегистрирована у 8 человек, а у детей с МЭ — только у 1 ребенка. Разница в частоте позитивных исходов между этими группами — 44,4% и 4,8% соответственно — была достоверной ($p = 0,0024$). ЧБНЛ у пациентов с ГПМ в основной группе составил 1,8 (ДИ = 1,6-2,9), а у пациентов с МЭ — 9,0 (ДИ = 6,2-11,8). Единственный положительный результат в группе МЭ был у ребенка 7 лет в основной группе. АС у него длился 42 дня. Средняя длительность АС у детей с ГПМ составляла 31 ± 16 дней.

Динамика отсутствовала у 11 детей с МЭ (52,4%) и у 8 детей с ГПМ (44,4%). Один ребенок умер от бронхолегочных осложнений. Синдром минимального сознания появился у 9 детей с МЭ (42,9%) и у 2 пациентов с ГПМ (11,1%). Средняя длительность АС у детей с СМС в группе с МЭ составила 46 ± 16 суток, а в группе с ГПМ — 58 ± 53 дня ($p = 0,4$).

Не было ни одного случая восстановления сознания у детей с АС, развившимся на фоне

предсуществующего поражения нервной системы — детский церебральный паралич (2 чел.) и задержка психо-речевого развития (1 чел.).

Восстановление сознания у детей младше года встречалось в 2,9 раза реже, чем в группе детей от 1 года до 3 лет и в 4,6 раза реже, чем у детей старше 3 лет ($p < 0,05$).

Среди проанализированных клинических признаков заметное влияние на прогноз оказывало наличие эпилептических приступов в период АС. Негативные исходы у детей с приступами встречались в 1,3 раза чаще, а позитивная динамика в 2 раза реже, чем у детей без приступов ($p > 0,05$). Эта тенденция сохранялась, как в основной группе, так и в группе сравнения. Разница была наибольшей у детей с МЭ и в возрастной группе от 1 года до 3 лет. При наличии расстройств желудочно-кишечного тракта исходы были хуже во всех сравниваемых группах больных, однако разница не была достоверной ($p > 0,03$).

Наличие расширения ликворных пространств по данным КТ или МРТ также увеличивало долю негативных результатов терапии, но разница не была достоверной ($p > 0,05$). Не было ни одного случая восстановления сознания у детей с очаговыми изменениями и снижением плотности вещества головного мозга ($p < 0,05$).

Частота хороших исходов АС у детей с сохранением гиперемии после введения никотиновой кислоты более 30 минут была выше, чем у детей с гиперемией менее 30 мин. — 57,1% и 12,5% соответственно ($p = 0,038$). В группе с ускорением кровотока не более чем на 50% случаев восстановления сознания не было, а у детей с ускорением кровотока на 50-100% и свыше 100% позитивные исходы составили 42,9% и 50% соответственно ($p > 0,05$). Частота различных исходов была примерно одинаковой, как при дефиците кровотока до 25%, так и свыше 50% ($p > 0,1$). При наличии нарушения венозного оттока из полости черепа и снижения кровотока по ПА и ОА частота различных исходов АС значимо не отличалась от таковой у детей без этих нарушений ($p > 0,4$).

Как в основной группе, так и в группе сравнения все дети с восстановлением сознания получали сеансы ГБО, но ее влияние на частоту неблагоприятных исходов во всех сравниваемых группах не было достоверным ($p > 0,3$).

В заключение, мы можем констатировать,

¹ ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы достичь определенного эффекта или предотвратить определенный неблагоприятный исход у одного больного. ДИ – доверительный интервал.

что АС нетравматической этиологии у детей не является завершённым состоянием. В ближайшие 6 месяцев от его начала возможны 4 варианта развития — смерть, сохранение АС, развитие СМС и восстановление сознания. Наличие в неврологическом статусе повышенного или пониженного мышечного тонуса, гиперкинезов, оперкулярных автоматизмов, повышения стартл-рефлексов, бронхолегочных осложнений, желудочно-кишечных расстройств не обладает существенным прогностическим значением. Наличие эпилептических приступов в острый период заболевания мало влияет на исходы, развившегося в дальнейшем АС. Сохранение эпилептических приступов в период АС существенно ухудшает прогноз, особенно при менингоэнцефалитах.

Факторами, ухудшающими исходы апаллического синдрома нетравматической этиологии у детей в течение первых 3 месяцев, служат: возраст менее 1 года на момент начала апаллического синдрома; наличие преморбидного неврологического дефицита; менингоэнцефалит как этиологический фактор и отсутствие сознания более 2 месяцев.

ЭЭГ-паттерны при АС не имеют этиологически специфических черт. Количественные показатели ЭЭГ существенно не влияют на исходы АС, но в тоже время позитивным прогностическим значением обладает сохранение физиологических ЭЭГ-паттернов и реактивности биоэлектрической активности мозга.

Расширение желудочков мозга и субарахноидальных пространств достоверно не указывает на какой-либо вариант развития АС. Наличие очаговых структурных изменений и снижение плотности вещества головного мозга по данным КТ в динамике коррелирует с отсутствием восстановления сознания в дальнейшем.

У большинства детей с нетравматическим АС (вне зависимости от возраста и этиологии) имеет место снижение скорости кровотока по передней, средней и задней мозговым артериям. Вместе с тем, степень снижения церебрального кровотока существенно не влияет на исходы АС, но выраженное и длительное его нарастание под воздействием вазоактивных препаратов является прогностически благоприятным признаком.

Гипербарическая оксигенация, как общепринятая манипуляция, может быть полезной у детей с нетравматическим АС, но ее эффективность требует дальнейшего изучения.

Разработанная интенсивная полимодальная стимуляционная терапия у детей с апаллическим синдромом нетравматической этиологии у детей увеличивает частоту случаев восстановления сознания на 13,9% и снижает частоту случаев сохранения апаллического синдрома на 19%, а у детей с апаллическим синдромом вследствие гипоксического поражения мозга — на 20,8% и 26% соответственно, а также способствует более эффективной медицинской и социальной реабилитации.

С.К. Євтушенко, А.А. Омеляненко

АПАЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ - КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, СУЧАСНА ТЕРАПІЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ НАЙБЛИЖЧОГО ВИХОДА

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

Проаналізовано 39 випадків апалічного синдрому нетравматичного походження у дітей. Проведено дослідження клінічної картини, структурних змін мозку, церебрального кровоплину, біоелектричної активності мозку і найближчих виходів апалічного синдрому. Була розроблена комбінована стимуляційна терапія, яка спрямована на відновлення свідомості. Були проаналізовані виходи через 3 місяця і їх залежність від параметрів неврологічного статусу, стану церебрального кровоплину, структурних змін мозку, біоелектричної активності мозку та виду терапії. На основі аналізу цих даних була продемонстрована ефективність створеної терапії та виявлені прогностичні критерії стосовно виходу у найближчі 3 місяця. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 18-24)

**NON-TRAUMATIC APALLIC SYNDROME IN CHILDREN — CLINICS, DIAGNOSIS,
MODERN THERAPY, SHORT-TERM OUTCOMES AND ITS PREDICTION**

Donetsk State Medical University, Ukraine

39 cases of non-traumatic apallic syndrome (AS) of various etiology in children are presented. Clinical features, structural changes of a brain, cerebral blood flow, brain electric activity and short-term outcomes are investigated. Combined stimulating therapy for such patients was developed. Outcomes in 3 months and influence on them of various parameters of the neurologic status, cerebral blood flow parameters, structural changes of a brain, a condition of brain bioelectric activity and therapy were estimated as a whole at all children and separately in everyone etiological and age group. On the basis of the analysis of these data efficiency of the developed therapy is shown and prognostic criteria for the outcome in nearest 3 months are elicited. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 18-24)

Литература

1. Multi-society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. Part 1. // N Engl J Med. — 1994. — v.330. — p. 1499-1507
2. Quality Standarts Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state // Neurology. — 1995. — v.45. — p. 1015-1018
3. Freeman E. Protocols for vegetative state // Brain Injury. — 1997. — v.11. — p. 837-849;
4. Andrews K. The vegetative state — clinical diagnosis // Postgraduate Medical Journal. — 1999. — v.75. — p. 321-324
5. Latronico N. Approach to the patient in vegetative state. Part I: diagnosis // Minerva Anestesiologica. — 2000. — v.66(4). — p.225-231
6. S.K. Yevtushenko and A.A. Omelyanenko. 29 cases of non-traumatic apallic syndrome in children // Proceeds of 3rd EPNS Congress. — 7-10 November, 1999. — p.165-168.
7. Мартинюк В.Ю. Апатичний синдром у дітей: клінічний перебіг, тактика лікування // Український вісник психоневрології. — 1998. — т. 6. — вип. 2 (17). — с. 23-24
8. Andrews K., Murphy L., Munday R., Littlewood C. Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit // BMJ. — 1996. — v.313(7048). — v. 13-16
9. Childs N., Mercer W. Misdiagnosing the persistent vegetative state. Misdiagnosis certainly occurs // BMJ. — 1996. — v.313(7062). — p. 944
10. Wade D. Misdiagnosing the persistent vegetative state. Persistent vegetative state should not be diagnosed until 12 months from onset of coma // BMJ. — 1996. — v.313(7062). — p. 943-944

Поступила в редакцію 16.08.2001г.

УДК 616.89

*С.Г. Пырков***ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МКБ-10 В ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: шизофрения, МКБ-10, диагностика

История учения о шизофрении отражает исследования различных сторон этой сложной проблемы.

В 1893г. немецкий психиатр Э.Крепелин использовал термин «*dementia praecox*» для обозначения группы заболеваний, которые начинаются в подростковом возрасте. В 1897 году Э.Крепелин описывал это заболевание как происходящее при ясном сознании и состоящее из «ряда состояний, типичным признаком которых является своеобразное разрушение внутренних связей психики больного. Результаты такого поражения доминируют в эмоциональной и волевой сферах психической жизни» [25]. Первоначально он разделил заболевание на три подтипа (кататонический, гебефренический и параноидный), а позднее добавил четвертый – простой.

По сравнению с Крепелином, Э.Блейлера меньше занимал прогноз и больше — механизмы формирования симптомов. В 1911 году он ввёл термин «шизофрения» (от греч. *schizo* — «расщепляю» и *phren* — «мысль»), чтобы указать на расщепление психических функций — признак, который он считал центральным при данном заболевании.

Работами Э.Блейлера было показано, что выделенная Э.Крепелиным нозологическая единица не является ни ранним (поскольку может начинаться в зрелые годы), ни слабоумием (поскольку не обязательно завершается деменцией). Э.Блейлер придавал значение проведению различия между основными и второстепенными симптомами. Основные симптомы включали в себя ассоциативные расстройства мышления, аффективное уплощение, аутизм и амбивалентность. Вышеперечисленные критерии шизофрении (так называемые четыре «а») до сих пор используются в психиатрической практике. Однако клинический опыт всё же продемонстрировал недостаточную воспроизводимость и специфичность диагноза на основе исключительно структурной оценки состояния [9]. Осталь-

ные симптомы, например галлюцинации, бред, кататония и др., по мнению Э.Блейлера, являются второстепенными (вторичными).

Большим влиянием пользовались работы К.Шнайдера, который пытался сделать диагноз более надёжным, выделив группу симптомов, характерных для шизофрении и редко встречающихся при других заболеваниях. В отличие от основных симптомов Э.Блейлера, симптомы К.Шнайдера не определялись как играющие центральную роль в психопатологии: «Среди многих аномальных типов переживаний, наблюдаемых при шизофрении, есть несколько, которым мы придаём первостепенное значение не потому, что считаем их главными нарушениями, но потому, что они обладают особой ценностью, помогая нам установить диагноз шизофрении. Когда несомненно присутствует какой-либо из этих типов переживаний, причём невозможно обнаружить никакого лежащего в основе соматического заболевания, мы можем ставить диагноз шизофрении. Симптомы первого ранга не всегда должны присутствовать для постановки диагноза» [31].

В конце 1930-х годов Лангфельдт, используя данные катанестического наблюдения за больными в Осло, предложил проводить разграничение между «истинной шизофренией», имеющей плохой прогноз, и «шизофреноформными состояниями» с хорошим прогнозом [26]. «Истинная шизофрения» по существу походила на раннее слабоумие по Крепелину. «Шизофреноформные состояния», согласно описанию, во многих случаях провоцируются стрессом и часто сопровождаются спутанным сознанием и аффективными симптомами. Таким образом, к 1960-м годам в критериях диагностики шизофрении наблюдались большие расхождения. В Британии и континентальной Европе психиатры широко применяли подход Шнайдера, используя типичные симптомы для идентификации группы случаев, ограниченной довольно узкими рамками, в то же

время в Соединённых Штатах интерес к психодинамическим процессам привёл к диагностике на основании психических механизмов и к включению гораздо более обширной группы случаев [18]. Во Франции диагноз шизофрении устанавливался, главным образом, на основании симптомов, особенно предложенных Блейлером, о которых говорят как о «диссоциации» и «дискордантности» [28, 29].

В СССР понятие «шизофрения» было развито А.В.Снежневским (1972). По мнению M.Gelder et al. (1997), это определение в основном базируется на течении расстройства и в меньшей степени — на его симптомах, трактуется необычайно широко и охватывает состояния, которые где-либо ещё рассматривались как расстройство личности или просто как эксцентричность.

Существующие в настоящее время международные классификации, не претендуя на истину в последней инстанции, по существу являются компромиссом между различными направлениями в стремлении добиться если не правильного распознавания шизофрении, то, по крайней мере, единого консенсуса в однозначной маркировке клинических картин [9].

К наиболее известным операциональным классификациям в настоящее время относятся DSM-IV и ICD-10 (МКБ-10). Главным их компонентом является жестко сформулированный набор признаков, что и позволяет при наличии соответствующей информации прийти к одинаковым диагностическим заключениям. Такой подход, безусловно, не снимает проблемы распознавания тех или иных проявлений заболевания [7].

При подготовке МКБ-10 было проведено большое количество клинических исследований во многих странах в целях внутрисистемной достоверности параметров, что оценивалось, в частности, с помощью коэффициентов каппа [30]. В работе над черновым вариантом МКБ-10 принимало участие 557 клиницистов из 95 клинических центров 33 стран, ими было проведено 9012 исследований 2385 пациентов разного возраста [33].

Коэффициент каппа для группы шизофрении, шизотипического и бредового расстройств (диагностический модуль F2) был удовлетворительным (0,82). При оценке достоверности показатель менялся в зависимости от диагностической категории: наивысший — для шизофрении (0,81) и более низкий — для других уровней (например, 0,46 для шизотипических состояний).

Следует отметить, что в более ранних исследованиях такого рода коэффициент каппа в среднем не превышал 0,57 [32]. Этот показатель менялся также при оценке шизофренических расстройств -удовлетворительный для параноидной (0,73) и гебефренической шизофрении (0,65), низкий -для недифференцированной (0,44).

При каждой диагностической оценке клиницистам также предписывалось оценивать показатели по следующим шкалам: 1) соответствие диагностической категории данному клиническому случаю; 2) степень уверенности при диагностике; 3) простота либо сложность диагноза; 4) адекватность клинического описания и принципов диагностики [33]. Основные диагностические проблемы были выявлены в группе шизотипических расстройств, острых шизофреноподобных расстройств и других острых психотических нарушений. Специфические же категории шизофрении в МКБ-10 оценивались как удовлетворительные.

Таким образом, достоверность описания клинических признаков некоторых диагностических категорий является главной проблемой МКБ-10.

Несмотря на новизну международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра, следует отметить тот факт, что для диагностики шизофрении в ней используются два классических перечня клинических проявлений этого заболевания: симптомы первого ранга по К.Шнайдеру и осевые симптомы, описанные Э.Блейлером.

N.C.Andreasen (1987) считает, что не существует ни одного патогномичного симптома шизофрении, следовательно было бы вернее определять данное расстройство многокатегорийно, нежели однокатегорийно. К сожалению, в МКБ-10 симптоматологический критерий не определяет такой характерной группы.

Однако диагностика шизофрении все же претерпевает существенные изменения при переходе от МКБ-9 (адаптированной для использования в СССР) к МКБ-10. В МКБ-9 диагноз шизофрении распространялся на обширную группу так называемых шизофренических психозов (шифр 295), куда включались, помимо шизофрении простого (295.0), гебефренического (295.1), кататонического (295.2) и параноидного (295.3) типов, такие расстройства, как острый шизофренический эпизод (295.4) при шубообразной либо периодической шизофрении, латентная (вялотекущая, малопрогрессирующая) шизофрения (295.5), остаточная шизофрения (295.6), шизоаффективный тип (295.7), т.е. циркулярная, перио-

дическая шизофрения или шизоаффективный психоз, другие формы шизофрении (295.8 -острая недифференцированная, атипичная, ипохондрическая) и неуточненные (295.9 — шизофреническая реакция, шизофреноподобный психоз). Таким образом, все перечисленные выше расстройства объединялись общим родовым понятием «шизофрения».

В МКБ-10 терминологические границы шизофрении значительно сужены. Родовым понятием «шизофрения»(F20) объединяются только следующие диагностические категории: шизофрения параноидная (F20.0), гебефренная (F20.1), кататоническая (F20.2), недифференцированная (F20.3), постшизофреническая депрессия (F20.4), резидуальная шизофрения (F20.5), простая шизофрения (F20.6), другие формы шизофрении (F20.8) и шизофрения неуточненная (F20.9). Три группы расстройств оказались за пределами границ шизофрении и выделились в самостоятельные диагностические категории:

1) шизотипическое расстройство (F21);

2) острые и транзиторные психотические расстройства (F23), в частности, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) и острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2);

3) шизоаффективные расстройства (F25), включающие шизоаффективное расстройство маниакального типа (F25.0), шизоаффективное расстройство депрессивного типа (F25.1), шизоаффективное расстройство смешанного типа (F25.2), другие шизоаффективные расстройства (F25.8) и шизоаффективное расстройство неуточненное (F25.9).

Шизотипическое расстройство — это расстройство, характеризующееся «чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств» (МКБ-10).

Несмотря на выделение данной диагностической категории, она не рекомендуется для общего пользования, так как ее трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой шизофрении, а также от шизоидной или параноидной личностной патологии. Следует отметить, что главным предшественником этой относительно новой для международных диагностических

классификаций единицы является концепция «латентной шизофрении» E.Bleuler, который описывал пациентов с мягкими симптомами шизофрении, не обнаруживавших тенденцию к классически ослабоумливающему по Краерelin течению [8]. В последующем «латентная шизофрения» получила различные обозначения — пограничная, вялотекущая, невротоподобная, психопатоподобная.

Важное значение при дифференциации шизофрении и острых и транзиторных психотических расстройств (F23) придается в МКБ-10 такому признаку, как длительность симптоматики. На высокую частоту таких состояний в развивающихся странах и на необходимость их адекватной классификации указывали многие авторы [34]. В соответствии с МКБ-10 диагноз шизофрении требует наличия типичных симптомов в течение по крайней мере одного месяца, что предопределило выделение острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1) и острого шизофреноподобного психотического расстройства (F23.2) в отдельную диагностическую категорию. Судя по большинству клинических данных, у большинства пациентов с острыми транзиторными психозами психотические симптомы развиваются в течение нескольких дней (не более двух недель), и, чаще всего, пациенты в течение 2-3 недель поправляются независимо от того, получали ли они лечение [33]. Поэтому необходимо выждать по крайней мере месяц, после чего отчетливые и типичные шизофренические симптомы можно расценивать как шизофрению. Такой подход позволяет восстановить шизофрению в правах психоза и исключить из этой группы случаи, когда на протяжении всей жизни больного характерные психотические расстройства так и не появились [7].

После длительных дебатов было установлено, что шизоаффективные расстройства (F25) в том виде, как они определены в МКБ-10, должны находиться в той же группе, что и шизофрения, но не в группе аффективных расстройств (F30-F39) [33]. Несмотря на то, что ранее действующая международная классификация болезней (МКБ-9) не содержала соответствующей диагностической категории, а в ней лишь упоминалось о «шизоаффективном типе» шизофрении, это понятие в современной психиатрии занимает особое место. Основной причиной повышенного интереса психиатров к понятию «шизоаффективные расстройства» можно отметить то, что психические состояния, включающие

одновременно с аффективными симптомами по крайней мере один типичный шизофренический симптом, часто встречаются в клинической практике [4]. Следует отметить и тот факт, что если в клиниках Э.Крепелина пропорция между числом больных шизофренией и МДП приближалась к 1:1 [5], то у его «последователей», например, в СССР (Московская психиатрическая больница им. П.П.Кащенко, 1959) она была 39:1 [10]. Вышеуказанное свидетельствует о расширении границ шизофрении в результате включения в них больных с разнородными тенденциями течения болезненного процесса и с почти нелимитированным набором психопатологических состояний.

Американский психиатр J.Kasanin (1933), пытавшийся в целях клинической гомогенизации шизофрении вывести за ее пределы больных, с его точки зрения, иной нозологической принадлежности, предложил использовать термин «острые шизоаффективные психозы», полагая, что речь идет об особой болезни, связанной с наличием личностных и сексуальных конфликтов. Он описал больных с острыми психотическими состояниями крайне динамичными, в структуре которых были явные аффективные нарушения, фантастические, часто мистические и иные «странные» бредовые идеи. В семейном анамнезе отмечались близкие родственники с чертами аффективной неуравновешенности, злоупотреблявшие алкоголем, страдавшие депрессиями, аффективными психозами. Каких-либо признаков изменения личности, снижения уровня социальной адаптации у данных больных Дж. Касанин не обнаруживал. Подобные случаи он и обозначил как «острые шизоаффективные психозы». Идея психогенной обусловленности «острых шизоаффективных психозов» не выдержала проверки временем, но сам термин с тех пор утвердился в клиническом лексиконе. В настоящее время, несмотря на спорность вопроса о нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза, большинством исследователей признается его клиническая реальность [2, 3].

Постшизофреническая депрессия, как самостоятельный полиэтиологический синдром, впервые была описана в 1969г К.Heinrich под названием «постремиссионный синдром истощения». А в 1970г. S.V.Guse и E.Robins выделили «вторичные депрессии при шизофрении». P.Kielholz в 1973г. в свете своей концепции континуальной классификации депрессий выделил «эндогенные шизофренические депрессии». И, наконец, в 1975г. S.Fadda описывает «постшизофреничес-

кую депрессию». Несмотря на многолетний интерес к депрессивным состояниям, возникающим после психотического приступа шизофрении, до настоящего времени нет единого мнения по вопросу их клинической сущности. В DSM-IV такие депрессии рассматриваются среди аффективных расстройств как один из вариантов «неспецифического депрессивного расстройства» и называются «постпсихотическими депрессиями». При этом указывается, что речь идет о состояниях, возникающих в форме большого депрессивного эпизода в течении резидуальной шизофрении (DSM-IV). В МКБ-10 такие состояния выделяются в рамках шизофрении (рубрика F20.4) и обозначаются как «постшизофренические депрессии». Что касается посвященных этой теме работ, то в одних исследованиях постшизофренические депрессии рассматриваются как часть шизофренического процесса [6,12], а в других — как самостоятельное заболевание, отдельное от шизофрении [22, 27]. Высказываются также точки зрения, что вышеуказанные депрессии могут быть результатом побочного действия нейролептической терапии [1] или психологической реакцией больного на перенесенный психоз [24]. К.Н.Шумская (1999), обследовав 60 больных шизофренией в возрасте от 16 лет до 51 года, состояние которых соответствовало диагностическим критериям постшизофренической депрессии (F20.4) по МКБ-10, установила, что данное расстройство является частью динамики основного заболевания, а не независимым от него и нозологически самостоятельным психопатологическим образованием. В связи с этим автор считает, что обозначение указанных депрессий как «постшизофренических» недостаточно адекватно: «Термин «постшизофреническая» строго ограничивает время возникновения депрессии заключительной стадией шизофренического процесса, что противоречит установленной возможности ее развития на разных этапах шизофренического заболевания, в том числе и на начальном».

Таким образом, несмотря на спорность вопроса о нозологической самостоятельности постшизофренической депрессии, в настоящее время она получила официальное признание и в МКБ-10 выделена в самостоятельную рубрику F20.4.

Относительно новой в МКБ-10 в диагностическом модуле F20 является рубрика «недифференцированная шизофрения» (F20.3), которая в МКБ-9 относилась к другим формам шизофрении (295.8) и определялась как «варианты бо-

лезни, в которых картина приступа, характеризующаяся острой симптоматикой, не позволяет определить форму (тип) течения». В классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра предложены более четкие клинические описания и указания по диагностике вышеуказанной шизофрении: отвечает общим критериям шизофрении, рубрика должна использоваться только для психотических состояний (резидуальная шизофрения или постшизофреническая депрессия не должны включаться) и только после того, как была попытка квалифицировать состояние как параноидную, гебефреническую или кататоническую шизофрению. Данный подход способствует достижению более высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами.

Об обозначенном выше свидетельствуют и диагностические указания резидуальной шизофрении (F20.5), которые позволяют четко разграничить хроническую стадию в течении шизофрении от ранней, состоящей из эпизодов с психотической симптоматикой. В МКБ 10-го пересмотра, по сравнению с девятым, введены новые типы течения шизофренических расстройств. Они могут быть классифицированы, используя пятые знаки, как:

F20. x 0 непрерывный;

F20. x 1 эпизодический с нарастающим дефектом;

F20. x 2 эпизодический со стабильным дефектом;

F20. x 3 эпизодический ремиттирующий;

F20. x 4 неполная ремиссия;

F20. x 5 полная ремиссия;

F20. x 7 другой;

F20. x 9 период наблюдения менее года

Данный подход позволяет, с нашей точки зрения, наиболее четко отразить динамические особенности шизофренических расстройств.

Следует отметить, что переход на новую классификационную систему поставил перед экспертными комиссиями (врачебно-трудовой, медико-социальной, военно-врачебной и судебно-психиатрической) ряд новых вопросов. Приведем только один пример. Согласно «Расписанию болезней и физических дефектов, которые определяют степень годности к воинской службе в вооруженных силах Украины», утвержденному приказом Министерства обороны Украины N207 от 1999 г., статья 15 называется «Эндогенные психозы», а в пункт «а» этой статьи включена «шизофрения» (по версии МКБ-9). Вопрос, будет ли соответствовать названной статье диагноз «шизотипического расстройства» по МКБ-10, остается открытым. Кроме того, формулировка «эндогенные психозы» в МКБ-10 отсутствует.

Следует также отметить тот факт, что в результате сужения диагностических границ шизофрении в настоящее время больные вялотекущей, периодической и в определенной мере шубообразной шизофренией по версии МКБ-9 приобретают формально иные диагнозы (согласно МКБ-10), а потому одновременно теряют право на льготное обеспечение лекарствами (Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. N1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»).

Таким образом, для предотвращения нежелательных социально-правовых последствий, обусловленных введением с января 1999 года на Украине МКБ-10, необходимо своевременно внести изменения в соответствующие нормативные акты и дать официальные разъяснения относительно используемых в них диагностических понятий.

ПРО ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МКХ-10 ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ШІЗОФРЕНІ

Донецький державний медичний університет, Україна

У статті розглядаються нові діагностичні підходи у визначенні при використанні МКХ-10. Викладені деякі критичні погляди на суперечність окремих діагностичних категорій. Висвітлювані переваги нової класифікації у порівнянні з МКХ-10. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 25-30)

S.G. Pyrkov

ON THE SPECIFIC FEATURES OF USING OF ICD-10 DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF SCHIZOPHRENIA

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article deals with some new diagnostic approaches for defining of schizophrenia using ICD-10. Some critical viewpoints to the ambiguity of some diagnostics categories are expressed. The advantages of the new classification in comparison to ICD-9 are presented. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 25-30)

Литература

1. Авруцкий А.Б., Недува А.А. Лечение психически больных -М., 1988. -528с.
2. Гутин В.С. Клинико-катамнестические особенности шизоаффективных психозов у подростков мужского пола // Автореф. На соиск. ... канд. мед. наук. -Санкт-Петербург, 1992. — 23с.
3. Каледа В.Г. Шизоаффективный психоз, манифестирующий в юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. -Москва: Медиа Сфера, 1998. -N9. -С.12-16.
4. Кашкаров В.И. Проблема шизоаффективных психозов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. -Санкт-Петербург, 1991. — N3. -С.12-24.
5. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов, Пер. с нем. -М.: Изд. А.А.Карцева, 1910.
6. Кузьмичева О.Н. Эндогенные депрессии. -Иркутск, 1992. — С.1-2.
7. Полтавец В. Может ли украинская психиатрия принять новую международную классификацию? // Вісник асоціації психіатрів України. -Київ, 1994. — N1. -С.15-24.
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро, 1997. -С.83-126.
9. Попов Ю.В. Современное представление о шизофрении (МКБ-10) // Вісник психічного здоров'я. — Одесса, 1999. -N1. — С.40-42.
10. Рапопорт А. Психические болезни. -БМЭ, 2-е изд., 1962 -Том 27. -С.246-291.
11. Снежневский А.В. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. -Москва: Медицина, 1972. -399с.
12. Цукарзи Э.Э., Мосонов С.Н. Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. — М., 1998 -С.395-403.
13. Шумская К.Н. Клинические особенности и место постшизофренических депрессий на разных этапах развития заболевания//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — Москва: Медиа Сфера, 1999. -N12. -С.30-34.
14. Andreasen N.C. The diagnosis of schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 1987. — N13. — P.9-22.
15. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias // International University Press. — New York, 1911. — P.1.
16. DSM-IV: Diagnostical and Statistical of Mental Disorders. D.C., American Psychiatric Association. —th ed Washington, 1994.
17. Fadda S., Muller C. La depression postschizophrenique// Ann. Med. Psychol. -1975. -N1. — P.65-71.
18. Gelder M., Gath D., Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry. — Oxford , New York, Melbourne, 1997. — P.198-236.
19. Guse S.B., Robins E. Suicide and primary affective disorders // British journal of Psychiatry. — 1970. — Vol.117.- P.437-448.
20. Heinrich K. Atiopogische Gesichtspunkte in der Schizophrenie forschung // Hippokrates. -1969. — P.67-68.
21. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses// American Journal of Psychiatry. — 1933. — Vol.13. — N1. — P.97-126.
22. Kendell R.E. Companion to Psychiatric States. Eds. R.E Kendell, A.K.Zealley. — Edinburgh, 1983.
23. Kielholz P. Chronische endogene Depressionen Chronische endogene Psychosen. Hrsrg. Von Kranz H., Heinrich K., — 1973. — S.5-7
24. Klein D.F.Borderline Personality Disorders. Ed. P Hartocollis. — New York: International University Press, 1977.
25. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. — Edinburgh, 1919. — P.3.
26. Langfeldt G. Diagnsis and prognosis of schizophrenia // Proceedings of the Royal Society of Medicine. — 1960. — N53 — P.1047-1051.
27. Mc Juffin et al. Depression in Schizophrenia. Eds R.Williams, J.T.Dalby. — New York, 1989.
28. Pichot P. The diagnosis and classification of mental disorders in French speaking countries: background, current view and comparison with other nomenclature // Psychological Medicine. — 1982. — N12. — P.475-492.
29. Pichot P. The French approach to classification // British Journal of Psychiatry. — 1984. — N144. — P.113-118.
30. Sartorius N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry: results from the ICD-10 clinical field, trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioural disorders in the ICD-10 // Archives of general psychiatry, -1993. — N.50. — P.115-124.
31. Schneider K. Clinical psychopathology. Grune and Stratton. — New York, 1959. — P.23-25.
32. Spitzer R.L., Fleiss J.L. A reanalysis of the reliability of psychiatric diagnosis // British journal of psychology. — 1974. — N125. — P.341-347.
33. Warner R., Giovanni de Gerolamo Schizophrenia. Health Organization. — Geneva, 1995. — P.10-15.
34. Wig N.N., Parhee R. Acute and transient psychoses: a view from the developing countries// International classification in psychiatry: unity and diversity. — Cambridge, 1989. — P.115-121

Поступила в редакцию 28.09.2001г.

УДК 616.43:616:89

*А.М. Дергачев***КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНОЙ (ИННЕРВАЦИОННОЙ) И ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ**

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Украина

Ключевые слова: копулятивный цикл, нейрорегуляторная и психическая составляющие, аутоиммунный тиреоидит, сексуальное здоровье.

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) протекает с проявлениями явного или скрытого гипотиреоза, который влечет за собой дальнейшие более глубокие гормональные, соматические, неврологические и психические нарушения, которые у многих женщин приводят к нарушениям сексуального здоровья [7]. Щитовидная железа, действуя через локализованные в мозге механизмы поведения и регуляции целостной эндокринной системы, активно участвует в формировании поведенческих реакций, связанных с репродукцией [3]. При аутоиммунном тиреоидите страдает прежде всего биологический (медико-биологический) компонент сексуального здоровья, который оценивается состоянием нейрогуморальной, психической, иннервационной и генитальной составляющих. Психическая и иннервационная составляющие, связанные с деятельностью коры головного мозга, центральной и периферической нервной системы, обеспечивают нейро-психическую регуляцию сексуальной функции [6]. У больных АИТ возникают разнообразные психо-иннервационные расстройства, влияющие на проявления женской сексуальности. Возникающие нарушения сексуальной функции становятся причиной сексуальной дисгармонии супружеской пары, могут повлечь за собой моральные и физические страдания женщины, стать причиной развода и разрушения семьи [10].

Неврологические нарушения при гипофункции щитовидной железы впервые описаны В.Ордом в 1884 году и наиболее полно систематизированы Ю.Н. Аверьяновым [1]. Многие исследователи, выясняя клинические закономерности развития психопатологических явлений при нарушениях функции щитовидной

железы, отмечали, что общее направление развития психопатологической симптоматики при аутоиммунном тиреоидите с явлениями скрытого или явного гипотиреоза чаще всего идет от астении, на фоне которой легко формируется сенесто-ипохондрический и деперсонализационный симптомокомплекс, до стойкого апато-абулического синдрома и мнестико-интеллектуального снижения [2]. Подобная динамика психических расстройств отражает последовательные стадии изменения центральной нервной системы — от функционально-динамических сдвигов до органических нарушений. При этом начальный этап отделён от конечного цепью переходных состояний, характеризующихся конкретными психопатологическими синдромами, которые и определяют индивидуальную клиническую картину процесса. Смена психопатологических синдромов соответствует, как правило, переходу от одной стадии заболевания к другой. Иногда именно психические нарушения являются наиболее ранними клиническими признаками аутоиммунного тиреоидита [4]. При длительном, но сравнительно легком течении аутоиммунного тиреоидита психопатологическая симптоматика характеризуется расстройством единства влечений, нарушением инстинктов, побуждений и настроений. Подобные изменения психики, не доходящие до степени психоза, определяют общим термином «эндокринный психосиндром». Этот синдром не вызывается патологией какой-нибудь одной железы внутренней секреции, а встречается при различных эндокринных заболеваниях. Выраженность эндокринного психосиндрома в большой степени зависит от преморбидных и наследственных особенностей личности [8,9].

Материалы и методы исследований

В работе представлены данные собственных исследований, позволивших выделить три клинических синдрома нарушения нейрорегуляторной составляющей женского копулятивного цикла.

У 77 замужних женщин с аутоиммунным тиреоидитом исследовалось состояние нейрорегуляторной (иннервационной) и психической составляющих копулятивного цикла. В качестве критериев оценки исследовали наличие или отсутствие признаков поражения кортикального, субкортикального, спинального, рецепторного уровней вегетативной регуляции. Изучение неврологического статуса включало исследование черепной иннервации, мышечного тонуса, объёма движений в конечностях, исследование сухожильно-периостальных рефлексов, статики и координации, кистевых рефлексов и пато-

логических стопных знаков. Изучение состояния вегетативной нервной системы включало исследование вегетативного тонуса, вегетативной обеспеченности деятельности, вегетативной реактивности. Психопатологическую и патопсихологическую картину оценивали методами наблюдения, клинически ориентированной беседы, анализа анамнеза и подлинной медицинской документации. Кроме этого, были использованы методы психодиагностики, преимущественно методы самооценки (по Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов, 1999.), а именно: шкала депрессии Зунга, опросник уровня невротизации и психопатизации, разработанный НИИ неврологии и психиатрии им. В.М.Бехтерева, шкала тревоги Тейлора, опросник САН, опросник нервно-психического напряжения (НПН), шкала астенического состояния Л.Д.Малковой.

Результаты исследований и их обсуждение

Все неврологические проявления при АИТ, зависевшие от длительности и тяжести заболевания, отмечались у всех пациенток и были связаны с преимущественно функциональными, нейродинамическими и дисциркуляторными нарушениями. Выделено три клинических синдрома. Чаще других у 39 (50,6%) женщин наблюдались функциональные расстройства в виде различных неврозоподобных синдромов. Причем, эти нарушения отмечались у пациенток с различной длительностью заболевания: у 18 (100,0%), болевших менее 1 года, у 21 (65,6%) с длительностью от 1 до 3 лет и не встречались у болеющих более 3 лет. Чаще всего они наблюдались при диффузной форме АИТ у 37 (75,5%) и у 2 (8,0%) с узловой формой и не отмечались у больных с атрофической формой заболевания. Таким образом, синдром функциональных расстройств достоверно чаще встречался у пациенток, болевших менее 1 года с диффузной формой АИТ.

У 17 (22,1%) пациенток отмечались проявления синдрома нервно-мышечных расстройств. Он не встречался у женщин, болевших АИТ менее 1 года, но был выявлен у 3 (9,4%) женщин, болевших от 1 до 3 лет, у 10 (83,3%), болевших от 3 до 5 лет и у 4 (26,7%), болевших более 5 лет. Синдром нервно-мышечных расстройств проявлялся в виде патологической мышечной утомляемости, мышечной слабости, изменении мышечного тонуса. Причем, при диффузной форме он был у 5 (10,2%), при узловой — у 11 (44,0%) и при атрофической форме АИТ — у 1 (33,3%) женщины. Таким образом, синдром нервно-мышечных рас-

стройств чаще формируется у женщин, с узловой формой болезни, длительностью от 3 до 5 лет.

У 21 (27,3%) женщин выявлен синдром поражения вегетативной нервной системы. Вегетативные расстройства чаще всего проявлялись в виде вегетативно-сосудистых нарушений с церебрально-сосудистыми кризами. К проявлениям этого синдрома относили и кожно-трофические расстройства, протекавшие в виде постоянной или периодической сухости кожи, ломкости волос и ногтей, кератоза ладоней и подошв.

К вегетативной группе расстройств можно также можно отнести и вегетативно-висцерально-сосудистый синдром с выраженной астенией. Синдром поражения вегетативной нервной системы не встречался у женщин, болевших менее 1 года. Однако он был выявлен у 8 (25,0%), болевших от 1 до 3 лет, у 2 (16,7%) женщин, болевших от 3 до 5 лет, а среди болевших более 5 лет выявлен у 11 (73,3%). Синдром поражения вегетативной нервной системы был выявлен у 7 (14,3%) пациенток с диффузной, у 12 (48,0%) с узловой и у 2 (66,7%) с атрофической формой АИТ. Таким образом, синдром поражения вегетативной нервной системы чаще отмечался у пациенток с атрофической формой АИТ, длившегося более 5 лет.

При изучении психического статуса обследованных женщин оказалось, что те или иные психопатологические проявления имелись у всех пациенток. Так, у 39 (50,6%) женщин отмечался эксплозивный, у 18 (23,3%) истерический, у 15 (19,4%) астенический и у 5 (6,5%) обсессивно-

фобический синдром.

У 52 (67,5%) женщин отмечалось снижение когнитивных функций. У 23 (29,9%) временами появлялось чувство суетливости, у 21 (27,2%) внутреннего напряжения, раздражительности, повышенной обидчивости, ранимости. У 15 (19,5%) женщин периодически появлялось чувство страха, особенно по утрам. У 48 (62,3%) отмечалась повышенная чувствительность к звукам и свету. У 39 (50,9%) женщин периодически развивалось психопатоподобное поведение по типу эксплозивного и/или дистимического – склонность к конфликтам, повышенная возбудимость, надоедливость, неуживчивость, ворчливость, на фоне которых легко формируются сексуальные дисгармонии.

В ходе специального психологического исследования установлено, что у 19 (24,7%) женщин имели место слабо выраженная степень напряжения, у 20 (25,9%) умеренное, а у 38 (49,3%) выраженное нервно-психическое напряжение. У 13 (16,9%) больных отмечалась слабовыраженная астения, у 20 (25,9%) астения была умеренной, а 44 (57,1%) отмечали выраженную астению. У 32 (41,6%) женщин выявлена слабая степень, у 31 (40,2%) умеренная степень снижения настроения, а у 14 (18,9%) была выявлена депрессия. В ходе исследования была выявлена зависимость степени выраженности нервно-психического напряжения, астении и сниженного настроения от давности и формы заболевания. Установлено, что при большей длительности течения АИТ степень выраженности этих нарушений была большей.

Слабо выраженная степень нервно-психического напряжения у пациенток с длительностью болезни менее 1 года была у 12 (66,7%), при сроке болезни от 1 до 3 лет у 5 (15,6%), от 3 до 5 лет у 1 (8,3%), свыше 5 лет также у 1 (6,7%). Умеренная степень нервно-психического напряжения при давности заболевания до 1 года выявлена у 4 (22,2%), от 1 до 3 лет у 11 (34,4%), от 3 до 5 лет у 3 (25%), а при давности заболевания свыше 5 лет у 2 (13,3%) пациенток. Выраженная степень нервно-психического напряжения при длительности заболевания менее 1 года отмечалась у 2 (11,1%), при сроке от 1 до 3 лет у 16 (50,0%), от 3 до 5 лет у 8 (66,7%), а свыше 5 лет у 12 (80,0%) женщин.

Такая же закономерность выявлена и в отношении степени астении. Так, слабо выраженная астения при сроке заболевания менее 1 года отмечалась у 8 (44,4%), от 1 до 3 лет у 3 (9,4%), от 3 до 5 лет у 1 (8,3%), а свыше 5 лет у 1 (6,7%) больной. Умеренная степень ас-

тении при длительности АИТ менее 1 года выявлена у 7 (38,9%), от 1 до 3 лет у 10 (31,2%), от 3 до 5 лет у 2 (16,7%), а при длительности свыше 5 лет у 1 (6,7%) больной. Выраженная степень астении при сроке болезни менее 1 года была у 3 (16,7%), от 1 до 3 лет у 19 (59,4%), от 3 до 5 лет у 9 (75,0%), а свыше 5 лет у 13 (86,6%) пациенток.

В ходе исследования установлено, что слабая степень снижения настроения в группе болевших АИТ менее 1 года отмечена у 12 (66,7%) пациенток, от 1 до 3 лет у 14 (43,7%), от 3 до 5 лет у 3 (25,0%), а у болевших более 5 лет слабая степень снижения настроения не встречалась. Умеренная степень снижения настроения при сроке болезни менее 1 года выявлена у 6 (33,3%) пациенток, от 1 до 3 лет у 15 (46,9%), от 3 до 5 лет у 5 (41,7%), а свыше 5 лет у 5 (33,3%). Депрессия или выраженная степень снижения настроения при длительности АИТ менее 1 года не встречалась, от 1 до 3 лет наблюдалась у 3 (9,4%), от 3 до 5 лет у 4 (33,3%), а свыше 5 лет у 7 (46,7%) пациенток.

В ходе исследований нами выявлена зависимость формы заболевания и степени психологических отклонений. Так, у пациенток с диффузной (гиперпластической) формой АИТ слабая степень нервно-психического напряжения выявлена у 16 (32,6%), умеренная у 15 (30,6%), выраженная у 18 (36,7%). При узловой форме преобладала выраженная степень нервно-психического напряжения. Слабая степень была у 3 (12,0%) женщин, умеренная у 4 (16,0%), а выраженная степень нервно-психического напряжения обнаружена у 18 (72,0%). У 1 (33,3%) пациентки с атрофической формой АИТ выявлена умеренная степень, а у 2 (66,6%) выраженная степень нервно-психического напряжения. Слабая степень астении чаще отмечалась у пациенток с диффузной формой АИТ – 11 (22,4%), при узловой у 2 (8,0%) и не встречалась при атрофической форме. Умеренная степень астении при диффузной форме АИТ выявлена у 13 (26,5%), при узловой у 7 (28,0%) и не обнаружена у пациенток с атрофической формой. Выраженная степень астении у пациенток с диффузной формой выявлена у 25 (51,0%), с узловой у 16 (64,0%), и у 3 (100,0%) с атрофической формой АИТ.

Такая же закономерность выявлена и при исследовании степени снижения настроения. Так, слабая степень выявлена у 24 (49,0%) пациенток с диффузной формой АИТ, у 8 (32,0%) с узловой и не встречалась при атрофической форме заболевания. Умеренная степень снижения настроения выявлена у 21 (42,8%) пациенток с диффузной формой АИТ, у 10 (40,0%) с узловой и не вы-

явлена при атрофическом варианте. В то же время выраженная степень снижения настроения (депрессия) при диффузной форме выявлена у 4 (8,2%), у 7 (28,0%) при узловой и у 3 (100,0%) с атрофической формой АИТ. Таким образом, наиболее тяжкие психопатологические расстройства выявлены у пациенток болевших более 3 лет при

узловой и атрофической формах АИТ.

Психические нарушения являются наиболее ранними клиническими признаками аутоиммунного тиреоидита. Наиболее тяжелые психопатологические расстройства формируются при длительном течении АИТ при узловой и особенно атрофической форме заболевания.

О.М.Дергачов

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНОЇ (ИННЕРВАЦІЙНОЇ) ТА ПСИХІЧНОЇ СКЛАДОВИХ БІОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК ПРИ АУТОІММУННОМУ ТИРЕОІДИТІ

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

У роботі наводяться дані власних досліджень 77 пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом (АИТ). Вивчено клінічні особливості порушення нейрорегуляторної та психічної складових жіночого копулятивного циклу.

Виділено три основних синдроми порушення нейрорегуляторної складової. У половини пацієнток відзначався синдром функціональних розладів, що виявлявся у вигляді різних неврозоподібних станів. У п'ятій частини пацієнток були прояви синдрому нервово-м'язових розладів з патологічною м'язовою стомлюваністю, м'язовою слабкістю, зміною м'язового тону. У третини пацієнток виникав синдром поразки вегетативної нервової системи у вигляді вегетативно-судинних порушень з церебрально-судинними кризами (панічні атаки) та астенією. До цього ж синдрому також відносили шкірно-трофічні розлади. Оцінюючи стан психічної складової, встановлено, що приблизно в половини пацієнток відзначався експлозивний, у чверті істеричний, у п'ятій частини астенічний синдром.

У роботі наводяться дані спеціального психологічного дослідження, де виділені три ступені ваги виразності нервово-психічної напруги, астенії та зниженого настрою.

Встановлено, що психічні порушення є найбільш ранніми клінічними проявами АИТ. Найбільш важкі психоневрологічні розлади при АИТ формуються при тривалому плині, у пацієнток з вузловою та атрофічною формами захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2001. — № 1 (8). — С. 31-34)

A.M.Dergachov

CLINICAL FEATURES OF DISTURBED NEUROREGULATORY (INNERVATIONAL) AND PSYCHIC COMPONENTS OF THE BIOLOGIC COMPONENT OF SEXUAL HEALTH IN WOMEN UNDER AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Donetsk Regional Clinical Territorial Association.

The work presents findings of our investigation of 77 patients with autoimmune thyroiditis (AIT). Clinical features of disturbed neuroregulatory and psychic components of the female copulative cycle have been determined.

The basic syndromes of the disturbed neuroregulatory component have been determined. Half of the patients have been noted to have the syndrome of functional disturbances manifested in the form of various neurosislike conditions. One-fifth of the patients had manifestations of the syndrome of neurovascular disturbances with pathologic muscular fatigability, myasthenia, altered muscular tension. One-third of the patients developed the syndrome of the impaired vegetative nervous system in the form of vegetovascular disturbances with cerebrovascular crises (panic attacks) and asthenia. Some dermatotrophic disturbances were also included into this syndrome. Assessment of the psychic component state has shown that approximately one-half of the patients have explosive, one-fourth – hysteric and one-fifth – asthenic syndrome.

The work presents findings of a special psychologic study defining three degrees of the pronouncement of neuropsychic tension, asthenia and low spirits.

Psychic disturbances have been found to be the earliest clinical manifestations of AIT. The greatest psychoneurotic disturbances in AIT develop in a prolonged course, in patients with nodular and atrophic forms of the disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2001. — № 1 (8). — P. 31-34)

Литература

1. Аверьянов Ю.Н. Неврологические проявления гипотиреоза. // Неврологический журн. — 1996. — №1. — С. 25 — 29.
2. Белкин А.И. Нервно-психические нарушения при заболеваниях щитовидной железы. — М. Медицина, 1973. — 230 с.
3. Буявичус Р. Аффективная патология и функция системы гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа у больных аутоиммунным тиреоидитом женщин // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1994. — №6. — 49 -52.
4. Буявичус Р. Психическая патология у больных аутоиммунным тиреоидитом. // Журн. Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — №1. — С. 24 — 28.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер Ком, 1999, — 528 с.
6. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Т.1. Нормальная

сексология. — Харьков: ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. — 352 с.

7. Щеглов Л.М. Психосоматическая модель сексуальных расстройств. // Независимый психиатрический журнал. — 1996. — №1. — С. 37 — 38.

8. Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis: diagnosis and treatment. /Kothbauer — Margreiter I., Sturzenegger M., Komor J. et al. // J. Neurol. — 1996. — Vol.243, №8. — P.585 — 593.

9. Subclinical hyrothyroidism resulting from autoimmune thyroiditis in female patients with endogenous depression/ Castro N., Scafidi V., Lo Baido R. et al. // J. Endocrinol. Investig.- 1994. — Vol.17, N8. — P.641-646.

10. Thyroid autoimmunity and female gender [Review] [44 refs] /Chiovato L., Lapi P., Fiore E., Tonacchera M., Piucherra A. // J. Endocrinol. Investig. — 1993. — Vol.16, N5. — P.384-391.

Поступила в редакцию 6.05.2001г.

УДК 340.63; 616.89-07

*В.Р. Илейко***МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, Украина

Ключевые слова: посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, медицинская документация, оценка.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) как в гражданском, так и в уголовном процессах оценивает психическое состояние лица на определенный, интересующий следствие или суд, промежуток времени, на основании представленных этими юридическими органами материалов. Основными объектами исследования при посмертной СПЭ являются медицинская документация (если таковая имеется) и материалы дела. Последние интересуют эксперта данными, в которых в той или иной форме (прямо или косвенно) отражаются особенности психического состояния, поведения подэкспертного. Эти данные обычно представлены показаниями свидетелей, записями, письмами подэкспертного, другими юридическими документами, отражающими те или иные стороны его психики.

Цель настоящей работы состояла в изучении и анализе объекта посмертного судебно-психиатрического исследования, содержание которого является в большинстве случаев решающим при вынесении экспертного заключения. Таким объектом есть медицинская документация.

Материалом для настоящего исследования послужило изучение 120 случаев посмертной СПЭ в гражданском процессе и, в частности, медицинская документация, которая представлялась юридическими органами при назначении этих экспертиз, а также анализ самих актов СПЭ, в которых эта медицинская документация приводилась и использовалась для обоснования экспертных выводов.

Изучение специальной литературы [1,2,3], анализ тематического материала показали, что, как и в отношении оценок других объектов экспертизы при посмертном судебно-психиатрическом исследовании, на сегодняшний день в судебной психиатрии отсутствует методика оценки медицинской документации, а ее цитирование и анализ в актах СПЭ носит хаотичный, бес-

системный, произвольный характер.

Поэтому в первой части нашей работы мы остановимся на оценке медицинской документации как объекта СПЭ в целом, в другой же части — на основании результатов изучения актов экспертизы, предложим и обоснуем методические принципы ее изложения и анализа.

Прежде, чем приступить к классифицированию и описанию отдельных медицинских документов, следует высказать некоторые замечания, касающиеся этого объекта экспертизы в целом:

1. Любой медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта, выписка, консультативное заключение и т.д.) должен обладать признаками документа, с указанием: учреждения, из которого он исходит (название, штамп, печать учреждения), подписями лиц его составивших (оформивших), соответствующими датами (поступления, выписки, осмотра, выдачи).

Отсутствие либо неполнота вышеуказанных признаков должны учитываться при анализе данного документа и его использовании в качестве доказательства экспертных выводов.

2. Медицинская документация, которая поступает на экспертизу до последнего времени, зачастую не обладает признаками предъявляемыми к объекту экспертизы — она не пронумерована, не прошита, не скреплена печатью; не выполняются процессуальные требования изъятия, хранения и доставки медицинских документов на экспертизу. Так, не редки случаи, когда она изымается либо сторонами в процессе — «по устному поручению, просьбе суда», либо третьими лицами, которые опять же оказываются лицами заинтересованными и находятся в родственных, приятельских отношениях со сторонами, либо изымается представителем суда, но через длительное время после начала судебного разбирательства. Медицинская документация хранится на руках у сторон, предъявляется ими в зале судебного заседания, в процессе

проведения экспертизы; доставляется на экспертизу сторонами, их представителями, адвокатами.

Отсюда проистекает проблема, с которой все чаще приходится сталкиваться экспертам, а именно — проблема фальсификации медицинской документации. Следует отметить, что оценка медицинской документации с точки зрения ее правдивости — неправдивости, достоверности — недостоверности и т.п. выходит за пределы компетенции психиатра-эксперта и находится целиком в компетенции юридических органов (при проведении посмертной СПЭ в гражданском процессе — в компетенции суда). Эксперт, получив медицинскую документацию, вынужден изучать, анализировать данные, которые она содержит; когда эти данные фальсифицированы профессионально, т.е. специалистом (выписаны, дописаны, переписаны, вклеены, изъяты и заменены и т.п.), то это чрезвычайно затрудняет, усложняет, а иногда и исключает проведение экспертизы и формулирование однозначных и категоричных выводов. Эксперт, получив из суда подобную документацию, вправе указать в своем заключении (акте СПЭ) и это его право закреплено законом о тех или иных особенностях ведения, оформления медицинского документа, характере имеющихся там записей, их последовательности, наличии вклеенных листов, листов другой фактуры, размера, цвета, иногда — цвете красителя, которым выполнены записи (например, когда в медицинском документе, записи, исходя из дат, ведутся на протяжении нескольких месяцев, лет, при этом они визуально идентичны и по цвету чернил и по характеру почерка). Однако оценка замечаний эксперта-психиатра входит уже в компетенцию суда, а в последующем, если суд примет это во внимание — в компетенцию соответствующего экспертного исследования.

В зависимости от того, какие характеристики объекта исследования берутся за основу (место обследования и лечения, непосредственность, продолжительность обследования и т.д.) медицинская документация может быть:

а) первичной (история болезни, амбулаторная карта, консультативное заключение) и вторичной (выписка из истории болезни, справка из мед. учреждения);

отражать факт:

б) стационарного либо амбулаторного обследования;

в) кратковременного либо длительного обследования;

г) однократного либо многократного (повторного) обследования;

д) непосредственного либо опосредованного наблюдения.

Отдельный медицинский документ может включать в себя различные из этих характеристик. Так, история болезни (полное название документа — медицинская карта стационарного больного) является первичным документом, отражающим стационарное, длительное (обычно) обследование, записи в которой являются результатом непосредственного, повторного в динамике (врачебные осмотры, дневниковые записи) либо однократного (запись дежурного врача, консультанта) наблюдения.

Характеристики, которые включает в себя медицинский документ, имеют значение при анализе и сопоставлении различных объектов экспертного исследования, выделении главных и существенных признаков, отражающих психическое состояние подэкспертного, при составлении экспертного заключения, выводов.

Так, можно утверждать, что более значимым, имеющим больший вес, будет медицинский документ, являющийся первичным, отражающий длительное обследование, повторное динамичное, непосредственное наблюдение подэкспертного.

Перейдем к описанию отдельных медицинских документов, наиболее часто предоставляемых эксперту в качестве объекта исследования.

1. История болезни или медицинская карта стационарного больного.

Наиболее важные в экспертном отношении моменты, на которых следует фиксировать внимание при исследовании этого документа:

а) каким образом (по скорой помощи, самостоятельно, родственниками), откуда (из дома, улицы и т.д.), с каким предварительным диагнозом и кем, был направлен в медицинское учреждение подэкспертный;

б) оценка его психического (сомато-неврологического) состояния при поступлении (на приемном покое дежурным врачом, в отделении). При этом оценивается уровень психических расстройств (неврогический, психотический), тяжесть соматического состояния и наличие соматопсихотического расстройства. При пребывании на стационарном лечении в психиатрической клинике оценивается глубина (степень выраженности), динамика психических расстройств, их связь (обусловленность) с экзо- либо эндогенными факторами. Оценивается, принимается во внимание и, соответствующим обра-

зом вносится в исследовательскую часть акта не только и не столько диагноз, феноменологические, синдромологические обобщения, психиатрические термины в виде профессиональных штампов, классифицирующих понятий (например, «обнаруживает идеи бреда, отношения, преследования, эмоционально уплощен, холоден, не критичен, дефектен, дементен» и т.д.), а описание этих имеющихся у подэкспертного психических расстройств, наличие которых должно находить отражение в его высказываниях, поведении, отношении к себе, своему состоянию и окружающему.

В медицинской карте стационара соматического профиля оценивается наличие либо отсутствие психических расстройств вообще. При их наличии определяется генез этих расстройств (экзогенные — черепно-мозговая травма, отравление угарным газом, токсическими веществами; соматопсихические — как следствие тяжести состояния и обусловленного им церебрального расстройства, эндогенные — не связанные с соматическим расстройством, вследствие которого подэкспертный госпитализирован). Далее также оценивается глубина и динамика имеющихся психических расстройств.

При оценке истории болезни соматического стационара следует чрезвычайно внимательно и осторожно относиться к отдельным терминам, понятиям, констатирующим те или иные психопатологические феномены. При этом принимая во внимание, что врачи соматического профиля (тем более средний и младший медицинский персонал) не являются специалистами в области психиатрии и то содержание, которое они вкладывают в употребляемые термины и диагностические понятия не всегда соответствует тому содержанию, которое на самом деле соответствует этим понятиям и применяется в психиатрии. Это касается в первую очередь, таких понятий, как «ясное сознание», «критичность», «адекватность — неадекватность», «слабоумие», «дефект» и т.д. Зачастую, в одной и той же дневниковой записи «ясность сознания» может соседствовать с «заторможенностью, вялостью, загруженностью, непониманием сути сложных вопросов, односложными ответами после паузы» и т.п.

2. Амбулаторная карта (медицинская карта амбулаторного больного).

При исследовании амбулаторной карты психоневрологического диспансера в первую очередь принимается во внимание: причина взятия на диспансерный учет, возраст подэкспертного

при этом, генез имевших место психических расстройств, их глубина (уровень), связь с психосоциальными факторами; в дальнейшем — динамика этих расстройств, описание психического состояния подэкспертного при амбулаторных осмотрах, раскрытие, расшифровка приводимых психиатрических терминов, соответствие приводимых симптомов установленному синдрому и нозологии; сопоставление приводимых симптомов, возможность их одновременного проявления, существования, либо наличие взаимоисключающих симптомов (например, депрессии и идей величия, заторможенности и ускоренной речи, умственной отсталости и систематизированного бреда, эмоциональной тупости и лабильности эмоций); оценка психического состояния подэкспертного различными врачами-психиатрами, работниками ВКК, ВТЭК (если подобное имело место); частота посещения подэкспертным диспансера, причины этих посещений.

В амбулаторной карте территориальной поликлиники, диспансера соматического профиля оценивается описание отдельных симптомов психических расстройств, особенностей поведения, высказываний, которые могут свидетельствовать о таковых, описание симптомов астении, церебрастении; описание соматических расстройств, заболеваний, которые могут привести либо способствуют возникновению органического поражения головного мозга, имеют общие патогенетические механизмы с органической мозговой патологией (например, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, атеросклеротическое поражение органов и систем организма).

При раковом заболевании важным является: локализация опухоли, стадия процесса, наличие общемозговых симптомов, проявление раковой интоксикации. При этом заболевании, а также динамических нарушениях мозгового кровообращения, инсультах, важным является оценка состояния сознания, его качественной и количественной сторон.

3. Консультативное заключение, заключения врачебной консультативной, медико-социальной экспертной комиссий, военно-врачебной комиссии и т.п.

Данные медицинские документы являются первичными документами, отражающими непосредственное и однократное обследование испытуемого. Важным в этих документах — дата обследования, наличие развернутого описания психического состояния или лишь заключения с диагнозом и лечебно-социальными рекоменда-

циями, при наличии описания — соответствие приводимых симптомов диагностическим выводам, прогноз, специальные выводы (инвалидность, временная нетрудоспособность, годность к военной службе, профессиональная пригодность).

4. Выписки из медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт), эпикризы, справки из медицинских учреждений и т.д.

Данные документы являются вторичными, т.е. производными от первичных документов, содержание которых в резюмирующем, обобщенном виде они предназначены отражать.

Эти документы составляются зачастую либо средним медицинским персоналом, либо вообще немедицинскими работниками (служащими архива, статистического, организационно-методического отделов).

Эти документы не имеют самостоятельно, а тем более существенного значения в качестве объекта экспертизы, отражающего медицинский факт. Их наличие должно лишь служить поводом для получения подлинников медицинской документации, на основании которых были составлены эти документы. Неприемлемой, свидетельствующей о низком профессиональном уровне, является подмена первичных медицинских документов вторичными и обоснование экспертного заключения лишь на основании их использования. При утере (исчезновении) первичного документа, выписка из него должна оцениваться с учетом вышеуказанного и методических принципов, которые будут приведены ниже.

Изучение актов посмертной СПЭ показывает, что значительное их число включает данные из представленной на экспертизу медицинской документации в достаточном объеме и основная проблема состоит в отсутствии методических принципов их правильного, научно-обоснованного использования и интерпретации. Вместе с тем, в ряде актов СПЭ имеются недостатки, касающиеся изложения медицинских данных. Из них наиболее существенное значение имеют следующие:

1) аморфное изложение всех данных из медицинской документации, без разделения первичных и вторичных документов, без соответствующих ссылок, указаний на происхождение этих данных;

2) ссылка лишь на обобщенные, отрывочные данные — диагнозы, которые устанавливались в процессе стационарного лечения, амбулаторных консультаций, при отсутствии сведений

о подэкспертном, на основании которых эти диагнозы устанавливались;

3) избирательное цитирование данных из медицинской документации, необоснованное и ничем не аргументированное разделение этих данных на более и менее важные;

4) произвольное, субъективное «обобщение» данных медицинской документации, с указанием, например, на отсутствие психических расстройств у подэкспертного на основании лишь того, что он за период пребывания на лечении (амбулаторном наблюдении и т.д.) не осматривался психиатром и ему не устанавливался психиатрический диагноз. В данном случае изложение и анализ данных медицинской документации подменяется их «интерпретацией» без изложения.

5) игнорирование данных медицинской документации (всех или некоторых), при этом они либо вообще не приводятся в акте СПЭ, либо приводятся, но не анализируются и не принимаются во внимание;

6) обоснование выводов только данными из вторичных медицинских документов - выписок, эпикризов, справок, при этом подлинники первичных документов вообще не рассматриваются, оказываясь вне экспертного исследования;

7) приведение большого количества второстепенных данных (касающихся соматического, неврологического состояния подэкспертного), которые не несут фактической информации о его психическом состоянии на интересующий суд (следствие) период времени.

Методологической основой посмертной СПЭ, как и других видов судебно-психиатрической экспертизы, являются: системный подход и метод презумпции [4]. Ими определяются методические принципы изучения, изложения и анализа данных медицинской документации в акте СПЭ.

В отношении медицинской документации, на этапе ее изучения и внесения в исследовательскую часть акта СПЭ, следует придерживаться следующих правил:

а) на экспертизу должны быть представлены первичные документы — подлинники медицинской документации, при их отсутствии, недостаточности, подмене вторичными документами, они должны быть запрошены и до их предоставления экспертиза не должна проводиться. При утере подлинников, с предоставлением юридическим органом официального документа об утере, невозможности предоставления подлинников медицинской документации, должны

быть запрошены и изучены вторичные документы с изложением их содержания, указанием характера этих сведений в исследовательской части акта;

б) в исследовательской части акта СПЭ должны быть изложены все данные первичной медицинской документации, которые в той или иной степени касаются и отражают психическое состояние подэкспертного на протяжении его жизни и в интересующий суд (следствие) период времени.

Помимо указания во введении акта СПЭ о тех объектах, которые были представлены для исследования на экспертизу, необходимо указывать источник той или иной медицинской информации в исследовательской части акта (N документа, кем выдан или к какому мед. учреждению относится, N листа амбулаторной карты, истории болезни, если нумерация существует).

Анализ, обобщение данных медицинской документации, их сопоставление с данными, полученными при исследовании других объектов экспертизы, проводится в мотивировочной части акта СПЭ, с использованием принципа согласованности данных [5,6].

Данные медицинской документации при этом оцениваются по следующим параметрам:

- времени возникновения психических расстройств у подэкспертного, причины их возникновения, динамика этих расстройств, а также возникновение и течение других психических расстройств на протяжении его жизни с подробным детальным анализом проявления этих расстройств на интересующий суд (следствие) период времени;

- соответствие описания психического состояния при поступлении, пребывании в стационаре, выписке, синдромологическому и нозологическому диагнозам, которые при этом устанавливались;

- наличие либо отсутствие описания представленных медицинских феноменов;

- соответствие критериев, фактических данных в истории болезни имеющимся научным (отечественным и международным) стандартам диагностики;

- соответствие психического состояния подэкспертного во врачебных дневниковых записях, записям среднего и младшего медицинского персонала, а также описанию его состояния специалистами — консультантами; при необходимости оценивается адекватность проводимого лечения и его влияния на психическое состояние подэкспертного;

- соответствие описываемой тяжести соматического состояния, данным о его психическом состоянии.

Данные, представленные в амбулаторной карте анализируются на предмет:

- причины обращения (взятия на диспансерный учет), начальных проявлений психических, психосоматических, соматопсихических расстройств, их динамике (характер течения, причины обострения, восприимчивость к проводимому лечению и т.д.);

- наличия либо отсутствия описания представленных медицинских феноменов, либо наличия обобщения в виде синдрома, нозологии, описанных психических расстройств;

- соответствия описания психического состояния установленному диагнозу;

- соответствия описания психического состояния подэкспертного при амбулаторных осмотрах таковому при его стационарном обследовании, если таковое имело место.

Как подчеркивалось выше, эпикризы, выписки, справки не могут служить для экспертов заменой подлинников медицинских документов при утере последних. Данные о психическом состоянии лица, представленные во вторичных документах, должны оцениваться на предмет их соответствия данным о психическом состоянии подэкспертного из других объектов экспертного исследования, при отсутствии существенных противоречий могут приниматься во внимание в качестве фактических данных.

При наличии медицинской документации на интересующий суд период времени, с описанием в ней психического состояния подэкспертного, решение диагностических и экспертных вопросов должно исходить из анализа (преимущественно, статического) психопатологических феноменов с их констатацией на основании принятых диагностических стандартов и оценки их глубины, т.е. способности лица осознавать свои действия и руководить ими.

При отсутствии медицинской документации непосредственно на интересующий суд период времени, должен применяться динамический анализ психического состояния подэкспертного, основывающийся на правилах принципа презумпции [7]: признанием презумированного положения истинным до тех пор, пока не будет доказано противоположное и толкованием сомнений, которые невозможно устранить в пользу данного лица.

Например, если до события юридической сделки отсутствуют медицинские (и другие)

данные о наличии у лица нарушений психики, то действует презумпция психического здоровья. При этом психическое здоровье лица не должно доказываться, оно презумировано и доказательств требует наличие у этого лица психической болезни. Отдельные, малосущественные, противоречивые сведения о тех или иных расстройствах психической деятельности, т.е. сомнение в его психической полноценности, если их невозможно устранить, должны трактоваться в пользу состояния, которое менее ограничивает права этого лица, т.е. в пользу презумированного положения - психического здоровья подэкспертного.

Если же в представленных материалах имеются убедительные данные о наличии у подэкспертного в прошлом, до события юридической сделки, определенного психического заболевания, выраженных психических расстройств исключающих способность осознавать свои действия и руково-

дить ими с неблагоприятной в целом динамикой, то на период сделки должно презумироваться наличие психического заболевания, а утверждение о выздоровлении, стойком улучшении психического состояния, восстановлении способности осознавать свои действия и руководить ими должно доказываться. В данном случае сомнения тракуются в пользу наличия психического заболевания.

При отсутствии медицинской документации вообще, разрешение экспертных и диагностических вопросов должно основываться на изучении и анализе других объектов экспертного исследования (показания свидетелей, юридические документы), которые содержат информацию о психическом состоянии подэкспертного.

Изложенные принципы оценки медицинской документации помогут составлению доказательного экспертного заключения, отвечающего требованиям закона и современному уровню экспертной теории и практики.

В.Р. Ілейко

МЕТОДИКА ОЦІНКИ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ПРИ ПОСМЕРТНІЙ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології

На підставі вивчення спеціальної літератури та 120 випадків посмертної СПЕ описані особливості дослідження і аналізу медичної документації при цьому виді експертного дослідження, викладено основні помилки, які виникають при цьому. Запропоновано методику оцінки медичної документації з метою забезпечення обґрунтованості експертних висновків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2001. — № 1 (8). — С. 35-40).

V.R.Ilejko

METHOD FOR ESTIMATION OF MEDICAL DOCUMENTS WITH POSTHUMOUS FORENSIC PSYCHIATRY EXPERTIZE IN CIVIL TRIAL

Ukrainiane Reserch Institute of Social, Forensic Psychiatry and Narcology

120 cases of posthumous forensic psychiatry expertize and special literature were studied. On basic of this peculiarities of analysis were indicate and main mistakes with this investigation of were mark. Method for estimation of medical documents were proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2001. — № 1 (8). — P. 35-40).

Литература

1. Холодковская Е.М. Дееспособность психических больных в судебно-психиатрической практике. -М., 1967. - 112с.
2. Боброва И.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Судебная психиатрия. Руководство для врачей. -М.:»Медицина», 1988. -С.75-77.
3. Шостакович Б.В., Ревенок А.Д. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. -К.:»Здоровья», 1992. -184с.
4. Первомайский В.Б. Невменяемость и пределы

компетенции психиатра-эксперта: Дисс.докт.мед.наук. -Киев, 1996. -360с.

5. Первомайский В.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза: десять основных принципов. -Киев, 1998. - 20с.

6. Первомайский В.Б. Принципы судебно-психиатрической экспертизы // Журн. психиатрии и медицинской психологии.- N 1(4).-1998. -С.7-10.

7. Первомайский В.Б. Презумпции в психиатрии // Вісник асоціації психіатрів України. -Київ, 1995. N 2. -С.7-17.

Поступила в редакцию 24.05.1999г.

УДК 616.893 – 053.8 + 612.822.3

*Б.Б. Ивнев, А.Г. Снегирь, М.А. Снегирь***СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПЕКТРОГРАММ СЛУХОВЫХ КОГНИТИВНЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ СТАРЕНИИ И БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: когнитивные потенциалы мозга, вызванные потенциалы, спектральный анализ, болезнь Альцгеймера

Для оценки системной деятельности мозга, как в норме, так и при патологии центральной нервной системы (ЦНС) все более широко используется метод вызванных потенциалов (ВП) мозга как способ, позволяющий получить объективную характеристику состояния центральных и периферических отделов сенсорных систем человека. Анализ ВП мозга позволяет оценить механизмы передачи информации в ЦНС, что важно, так как именно нарушение информационных процессов в мозге приводит к изменению высших мозговых функций и развитию патологии. В связи с этим, ВП являются адекватным способом определения функционального состояния ЦНС.

Особое значение для оценки процессов обработки информации в ЦНС имеют вызванные потенциалы, связанные с событием (ПСС). В литературе часто используется англоязычный эквивалент — ERP — event related potentials. Это

ВП, имеющие строгую причинно-следственную связь с внешним стимулом и являющиеся результатом обработки информации (восприятия стимула, опознание стимула и принятие решения) в ЦНС. Анализ этого вида ВП позволяет объективно оценить состояние сознания, уровень внимания, память исследуемого, то есть дать характеристику функционального состояния мозга, позволяя выявить патологические изменения уже на ранних (часто еще доклинических) стадиях заболевания. Таким образом, использование ERP позволяет зарегистрировать электрические явления в ЦНС на протяжении всего процесса формирования элементарного поведенческого акта [1]. Представляемая работа выполнена с целью определить характерные особенности спектрального состава когнитивных слуховых вызванных потенциалов мозга (СВП) при физиологическом старении и болезни Альцгеймера (БА) [2].

Материал и методы исследований

Регистрация вызванных потенциалов мозга осуществлялась на слуховую стимуляцию с предъявлением стимулов в случайной последовательности (согласно odd ball парадигмы). Стимуляция осуществлялась бинаурально через головные телефоны. Предъявлялся звуковой сигнал – тон двух видов: с частотой 4000 Гц (активный стимул) и 1000 Гц (фоновый стимул). Вероятность предъявления активного стимула составляла 20%, а фонового — 80%. Интенсивность стимуляции составляла 100 дБ над уровнем слышимости. На предъявление активного стимула испытуемому предлагалось реагировать нажатием кнопки. Регистрация вызванных потенциалов мозга осуществлялась с применением диагностического комплекса «Amplaid МК15» (Италия). Детально методика исследования изложена в наших более ранних работах [3].

Запись СВП проводилась у четырех групп испытуемых – психически здоровых людей различного возраста: 1 группа — 25 — 40 лет; 2 группа – 41 – 55 лет; 3 группа – 56 – 70 лет; 4 группа – 71 – 85 лет и у группы пациентов с ранним началом БА (55 — 65 лет). Количество испытуемых в каждой группе составляло 25 человек. В исследованиях принимали участие лица обоего пола. Обработка полученных результатов проводилась параметрическими и непараметрическими методами статистического анализа.

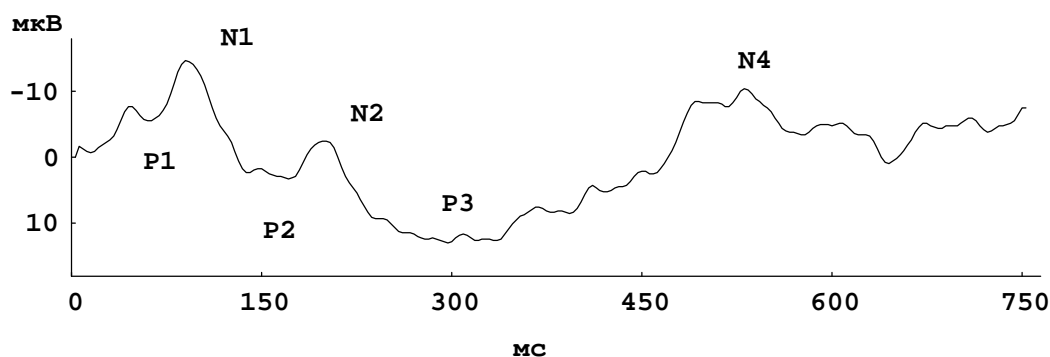
Спектральный анализ усредненных ВП проводился с использованием алгоритма быстрого Фурье преобразования [4]. Для уменьшения артефактов и стабилизации спектрограммы было использовано окно Бартлетта. Спектрограммы нормировались (приводились к «1»).

Результаты исследования и их обсуждение

Спектральный анализ усредненных когнитивных вызванных потенциалов на слуховой стимул позволил выявить характерный спектральный профиль ERP и закономерности изменений вклада различных частотных диапазонов в возрастной динамике. Усредненные СВП в норме и при БА на значимый стимул показаны на рисунке 1. Предъявление двух альтернативных стимулов в слуховой odd ball парадигме приводит не только к изменению компонентного состава ERP [5,6], но и спектра частот, его формирующих. В режиме активации внимания редкий, сигнальный стимул приводил к повышению в диапазоне дельта (0,44) и тета ритмов (0,26) и сильному снижению мощности в альфа (0,06) и бета диапазоне (0,004).

На рисунке 2 представлена возрастная динамика изменений спектра мощности ERP в диапазонах ЭЭГ ритмов. Корреляционный анализ частотных диапазонов показал, что при слуховой стимуляции средние значения частотных диапазонов не имеют значимых связей с возрастными изменениями. Однако при анализе характера возрастной динамики в указанных диапазонах частот было отмечено, что эти изменения носят нелинейный характер. Кроме того, для диапазонов изучаемых ЭЭГ-частот отмечались значимые корреляции не со средними значениями каждого спектра, а с отдельными спектральными участками.

Норма



БА

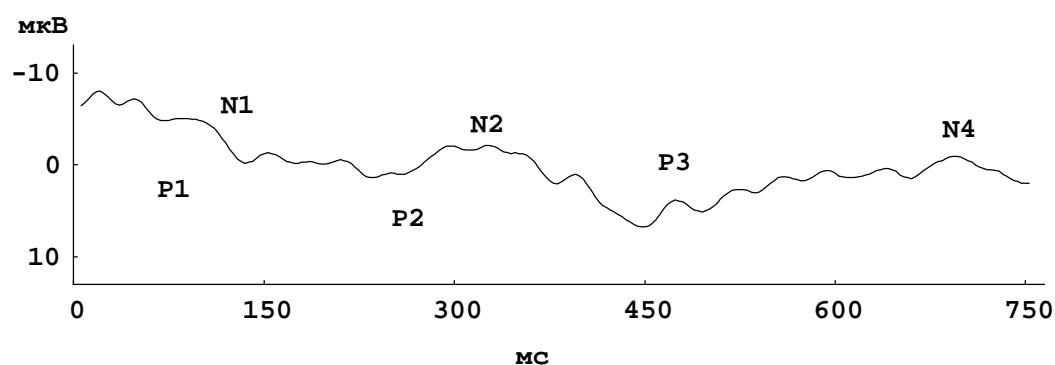


Рис. 1. Слуховые ERP в норме и при болезни Альцгеймера.

В дельта диапазоне с возрастом изменялись полоса от 1,8 до 2,5 Гц (от $R_{Sp} = -0,39$ до $R_{Sp} = -0,53$ при $p_{Sp} < 0,05$). Значения нормированного спектра мощности монотонно убывали ($Y1 = 1,24 - 0,01 * X$, где Y – значения нормированного спектра мощности, X – возраст испытуемых), несколько ускоряясь после 72 лет ($Y2 = 3,07 - 0,03 * X$). Частотные составляющие в диапазоне альфа ритма с возрастом экспоненциально возрастают, однако до 67 лет увеличение спектра мощности происходит достаточно медленно,

практически не изменяясь ($Y1 = 0,08 + 0,0005 * X$). После критического возраста скорость роста увеличивается на порядок ($Y2 = 0,35 + 0,005 * X$).

На всем рассматриваемом возрастном промежутке тета ритм не имеет значимых корреляций с возрастом, но проявляет совершенно противоположные корреляции для молодых и пожилых испытуемых. До 46 лет его значения снижаются ($Y1 = 0,24 - 0,002 * X$) и стабилизируются на уровне 0,04 до 64 лет, после чего начинают возрастать ($Y2 = 0,49 + 0,01 * X$). Спектральная мощ-

ность бета ритма изменяется таким же образом. Основные частотные полосы, коррелируют с возрастом в диапазоне от 16,5 до 16,7 Гц (от $R_{sp} = 0,38$ до $R_{sp} = 0,42$ при $p_{sp} < 0,05$) и от 35,5 до 40 Гц с той же силой связи. До 46 лет его

значения снижаются несколько медленней, чем для тета ритма ($Y1 = 0,02 - 0,0002 * X$), после чего стабилизируются на уровне 0,003, а после 64 лет начинают увеличиваться ($Y = 0,092 + 0,001 * X$).

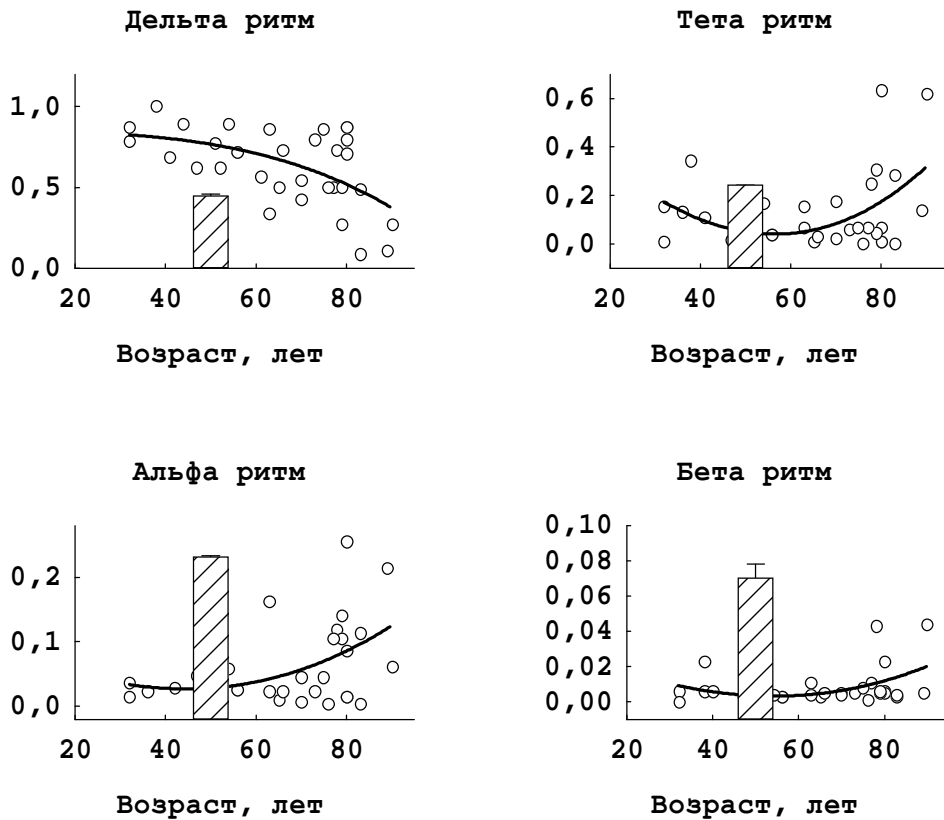


Рис 2. Спектр мощности слуховых ERP при выполнении сенсомоторной реакции при нормальном старении и болезни Альцгеймера.

Примечание: столбик гистограммы отражает спектр мощности в группе пациентов с болезнью Альцгеймера, линейная зависимость – возрастные изменения спектра мощности.

Таким образом, изменение спектральных характеристик слуховых ERP на редкий значимый стимул прослеживается для отдельных, достаточно узких, диапазонов частот в пределах рассматриваемых спектральных полос ЭЭГ ритмов. Эти изменения носят нелинейный характер, проявляющийся в экспоненциальном убывании мощности дельта ритма и росте мощности альфа ритма. Изменения тета и бета ритма имеют сходную и более сложную динамику, включающую фазу убывания, стабилизации и роста спектра мощности.

Когнитивные нарушения, наблюдаемые при БА, не всегда дают возможность четко выделить весь компонентный состав ERP. В этом случае предлагаемый нами спектральный анализ ERP удобен, что позволяет количественно оценить изменения ERP, записанные при различных режимах стимуляции и регистрации. Картина смены спектральных характеристик при раз-

личных режимах когнитивной нагрузки в группе БА существенно отличается от физиологического старения (группа контроля аналогичного возраста). Переход от режима пассивного восприятия зрительного стимула к активному выделению значимого стимула и реализации моторного акта приводит к значимому снижению мощности в диапазоне дельта (от 0,4 до 0,2) и тета ритма (от 0,28 до 0,14). В этой группе отмечается также значимое увеличение спектра мощности в высокочастотном диапазоне. Для альфа ритма спектр мощности возрастал от 0,06 до 0,40, а для бета ритма – от 0,03 до 0,13.

В группе контроля значимые изменения спектра мощности имели совершенно иной характер. В дельта диапазоне режим активации внимания приводил к росту нормированного спектра мощности от 0,37 до 0,42, а в альфа- и бета-диапазоне, – напротив, к снижению значений от 0,07 до 0,03 и от 0,010 до 0,002 соответственно.

В режиме фонового восприятия редких стимулов, т.е. без дифференцировки значимого стимула и реализации сенсомоторной реакции, спектрограмма ERP больных БА была близка к спектрограмме в контрольной группе.

Доминирующий спектр располагался в области медленных частот – в диапазоне дельта ритма для обеих групп: 0,44 – в группе контроля и 0,45 – в группе БА. По мере увеличения частоты мощность спектральной полосы снижалась. В группе БА эта тенденция проявлялась в таком частотном профиле: дельта – 0,45, тета – 0,26, альфа – 0,06, бета – 0. В группе контроля отмечалось некоторое отличие от описанной тенденции, проявляющееся в повышении значений полосы альфа ритма до 0,26, что превышает значения тета ритма, равного 0,23.

Изменение режима активации приводит к изменению спектрального профиля ERP для обеих групп. Однако если в контрольной группе значимые изменения спектра мощности отмечались в повышении мощности тета ритма (от 0,23 до 0,26), а также в еще более существенном снижении мощности альфа ритма (от 0,26 до 0,06), то в группе БА, напротив, происходит уве-

личение полосы альфа (от 0,06 до 0,23) и бета ритма (от 0,01 до 0,07). Еще более значительные отличия отмечаются в спектральных профилях ERP группы нормы и БА на частый стимул (рисунок 3).

В контрольной группе эффект активации внимания приводит не столько к качественным, сколько к количественным изменениям, в большей части проявляющимся в полосе тета, альфа и бета ритмов. При этом отмечается снижение значений спектра мощности тета ритма от 0,44 до 0,12, альфа ритма от 0,23 до 0,07 и бета ритма от 0,022 до 0,008. Доминирующий спектр в области дельта ритма при активации значимо не изменяется (от 0,44 до 0,47) и остается доминирующим.

В группе БА в режиме без активации внимания, как и в группе контроля, доминирует дельта ритм (0,39) однако при активации внимания его мощность значительно снижается до 0,09. Остальные частотные диапазоны при активации внимания значительно возрастают: тета (от 0,04 до 0,25), бета (от 0,01 до 0,03) и альфа ритма (от 0,06 до 0,48). Альфа ритм в этом режиме становится доминирующим.

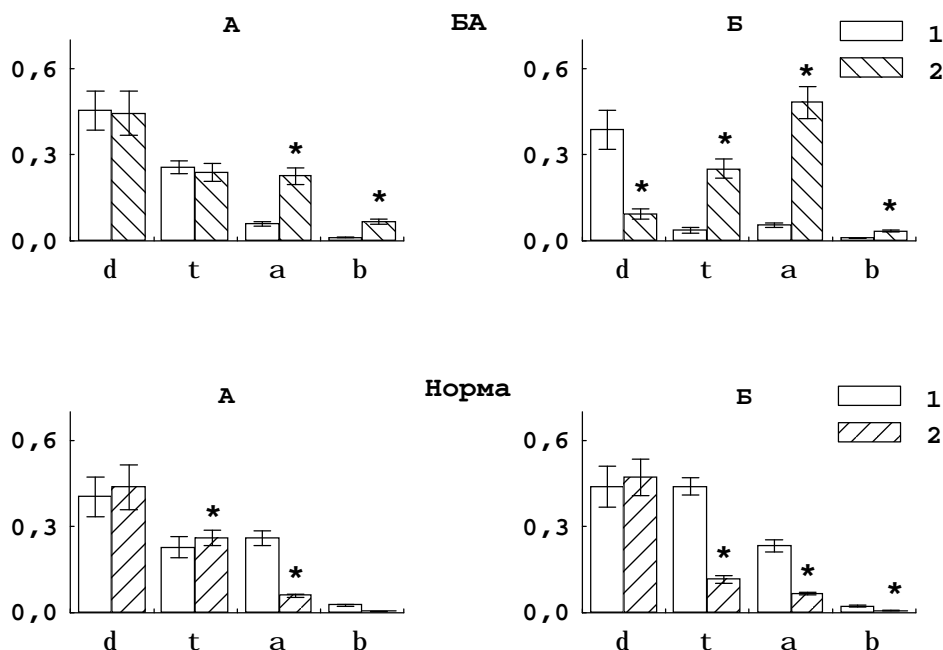


Рис. 3. Динамика спектральных характеристик слуховых ERP при реализации сенсомоторной реакции в группе пациентов с болезнью Альцгеймера и при физиологическом старении.

Примечание: 1 – спектр мощности при пассивном восприятии стимула, 2 – при выполнении сенсомоторной реакции.

Таким образом, при БА спектрограммы слуховых ERP имеют ряд отличий от контрольной группы. Эти отличия состоят как в изменении паттернов спектрограмм, соответствующих раз-

личным режимам выполнения когнитивной нагрузки, так и в характере реактивности при переходе из одного режима реагирования на сенсорный сигнал – в другой. Так, при общем отли-

чий паттерн спектральних составляючих, в основному по тета і альфа діапазонам, характер зміни паттерна на рідкий і частий стимул без активації уваги і виконання двигальної реакції має загальні риси з контрольної групою. Активація уваги і необхідність моторного реагування на значимий стимул не приводить до належному перерозподілу спектрів ERP. Ці дані свідчать про відносну збереженість механізмів автоматичної диференціювання сенсорних сигналів у хворих БА при значному пошкодженні механізмів свідомого вибору.

Проведений нами спектральний аналіз когнітивних СВП дозволяє передбачити, що при БА змінюється характер обробки інформації в ЦНС, про що свідчать зміни частотних составляючих СВП в діапазоні альфа- і бета- ритмів. Незмінними залишаються дельта- і тета- составляючі СВП, що, ймовірно, відображає загальний рівень активності мозку, формований підкорковими утвореннями головного мозку. Таким чином, когнітивні порушення при БА, можливо, в першу чергу пов'язані з дисфункцією коркових відділів головного мозку.

Вивчення спектрів потужності, як ВП, так і електроенцефалограми (ЕЕГ) при БА вимагає, ймовірно, більш жорстких експериментальних рамок, так як, наприклад, за результатами одних робіт домінуючим при БА вважається альфа-ритм [7], а інші дослідники відзначають зниження альфа-ритма і значне зростання дельта- і тета- активності [8]. Крім цього, відомо, що навіть різні емоційні стани призводять до змін ритмів ЕЕГ: так, емоції радості і гніву характеризувалися зростанням альфа-активності, в той час як

небезпека і біль знижували альфа-ритм [9].

Зміна спектра потужності СВП в сторону зростання альфа- і бета- ритмів свідчить про те, що нейронні мережі при БА функціонують по-іншому, порівняно з нормою, частотним ритмом, що, ймовірно, обмежує можливість сприйняття і передачі інформації. Тобто, мозок при БА представляє собою якісно іншу функціональну систему порівняно з мозком здорового людини такої ж вікової групи. Більш виражені зміни в компонентах ВП спостерігаються при аналізі викликаних відповідей на образний подразник. Свідоцтво про це, ймовірно, те, що при БА в першу чергу страждають інтелектуально-мнестическі функції, супроводжувані зниженням здатності до аналізу, синтезу і абстрактного мислення. Крім того, конкретне образне мислення у хворих на ранніх стадіях захворювання збережене. Відомо також, що у хворих на БА різко знижена здатність до запам'ятовування послідовності слів або цифр, хоча здатність розпізнавати геометричні фігури або картини порушена значно менше. Можливими механізмами цього явища може бути порушення різних шляхів передачі символічної і образної інформації, тобто при БА в першу чергу руйнуються функціональні системи, забезпечуючі роботу другої сигнальної системи і її взаємодію з першою сигнальною системою. Порушені нейрофізіологічні критерії (вираженість альфа- і бета- спектрів ВП) БА можуть бути додатковим диференціально-діагностичним ознакою деменцій різного типу і адекватним інструментом для раннього виявлення БА і призначення своєчасного профілактичного лікування.

Івнєв Б.Б., Снегірь А.Г., Снегірь М.О.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СПЕКТРОГРАМ СЛУХОВИХ КОГНІТИВНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНОМУ СТАРІННІ ТА ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Проведений комплексний спектральний аналіз слухових викликаних потенціалів мозку (СВП) у чотирьох групах досліджуваних з фізіологічним старінням: 1 група — 25 — 40 років; 2 група — 41 — 55 років; 3 група — 56 — 70 років; 4 група — 71 — 85 років та у групи пацієнтів з раннім початком хвороби Альцгеймера (ХА) (55 — 65 років). Регістрація СВП здійснювалася за допомогою діагностичного приладу Amplaid — МК-15. Пред'являвся звуковий сигнал — тон двох видів: з частотою 4000 Гц (активний стимул) та 1000 Гц (фоновий стимул). Вірогідність пред'явлення активного стимула складала 20%, а фонового — 80%. Показана нелінійність змін спектральних характеристик СВП при фізіологічному старінні по різних ЕЕГ — ритмам. Виявлено, що при ХА у порівнянні з нормою більш виражені альфа та бета- ритми. Виявлені особливості СВП при ХА можуть бути використані в ранній діагностиці ХА. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 41-46)

COMPARATIVE SPECTRAL ANALYSIS OF COGNITIVE AUDITORY EVOKED POTENTIALS IN ALZHEIMER'S DISEASE AND PHYSIOLOGICAL AGING

Donetsk state medical university by M. Gorky, Ukraine

The complex spectral analysis of auditory evoked potentials of a brain (AEP) for four groups test is conducted: 1 group — age from 25 up to 40 лет; 2 groups — age from 41 till 55 years; 3 groups — from 56 till 70 years; 4 groups — from 71 till 85 years and 5 group — patients suffering by Alzheimer's disease (AD) with an early beginning. The registration of AEP implemented through the diagnostic device Amplaid — MK-15. The auditory signal — tone of two kinds was showed: with frequency of 4000 Hz (deviant tone) and 1000 Hz (standart tone). The probability of assertion of deviant tone made 20 %, and standart tone — 80 %. The patient was offered to occurrence of deviant tone to react by clicking of the push button. The spectral analysis AEP has shown, that with age the normalized spectrum of capacity frequency making AEP in ranges beta -, alpha — is reduced, and teta-rhythm, while the spectrum of capacity AEP in a range delta of a rhythm did not change. Is detected, that in AD in matching with the control group is more expressed alpha and beta rhythms. The detected features is amplitude — temporary parameters of AEP in AD can be utilised in early diagnostic AD. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 41-46)

Литература

1. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике.- Таганрог: Изд-во ТРТУ.- 1997.-252 с.
2. Melkonian D., Gordon E., Rennie C., Bahramali H. Dynamic spectral analysis of event-related potentials // *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* – 1998.-Vol. 108.-N3.-P.251 – 259
3. Ивнев Б.Б., Абрамов В.А., Снегирь А.Г. Изменения слуховых вызванных потенциалов мозга при болезни Альцгеймера.-Журн. психиатр. и мед. психологии.-1999.-№2.-С.80-83
4. Box G., Jenkins G. Time series analysis: Forecasting and control. – 1976.-San Francisco: Holden-Day. – 674 p.
5. Снегирь А.Г., Кравцов П.Я., Ивнев Б.Б. Возрастные особенности когнитивных слуховых вызванных потенциалов мозга // Архив клин. и эксперим. медицины.-2000.-Т.8.-№1С.18-22
6. Ивнев Б.Б., Снегирь А.Г. Компонент Р300 слуховых викликаних потенціалів при хворобі Альцгеймера та фізіологічному старінні // *Буковинський медичний вісник.*-1999, №4.-С.50-54.
7. Signorino M., Pucci E., Belardinelli N., Nolfi G., Angeleri F. EEG spectral analysis in vascular and Alzheimer dementia // *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology.*-1995.-Vol. 94, N 5.-P 313-325
8. Passero S., Rocchi R., Vatti G., et al. Quantitative EEG mapping, regional cerebral blood flow, and neuropsychological function in Alzheimer's disease // *Dementia.*-1995.-Vol. 6, N 3.-P 148-156
9. Kostyunina MB., Kulikov MA Frequency characteristics of different emotions: EEG spectral analysis // *Zhurnal Vyshei Nervnoi Deyatelnosti Imeni I P Pavlova.*-1995.-Vol.45, № 3.-P. 453-457

Поступила в редакцию 15.04.2001г.

УДК. 616.89-008.441.13-053.5-084

И.В. Линский, Э.Б. Первомайский, Т.В. Савкина

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ НА ПРИМЕРЕ УЧАЩИХСЯ 7-11 КЛАССОВ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: наркомании, «уровень наркотической готовности», профилактика

Мировой опыт свидетельствует о том, что предупредить распространение эпидемии наркотизма гораздо проще, чем бороться с ней.

Многочисленные методы лечения больных наркоманией не обеспечивают необходимой эффективности. Даже если удастся относительно безболезненно купировать у больного абстинентный синдром — проявление физической зависимости от наркотика, то оставшаяся психическая зависимость рано или поздно побуждает больного возобновить прием наркотического препарата. Столь же низкую эффективность в деле борьбы с эпидемией наркотизма имеют мероприятия полицейского

характера. Вместе с тем, меры по снижению спроса на одурманивающие вещества, своеобразная антиреклама наркотических препаратов, склонение общественного мнения в пользу свободного от наркотиков и алкоголя образа жизни, формирование непривлекательного, непопулярного и немодного имиджа наркомана доказали свою эффективность во многих странах мира. В этой связи актуален вопрос о качестве создаваемых профилактических материалов.

Цель настоящей работы — разработка методики оценки качества антинаркотических профилактических материалов.

Объект и метод исследования

Объектом исследования были учащиеся 7-11 классов средних школ города Харькова в количестве 506 человек (примерно по 100 человек в возрасте, соответствующем обучению в 7,8,9,10 и 11 классах). Демонстрировавшиеся профилактические материалы представляли собой видеозаписи клинических интервью с больными наркоманиями. Контроль качества данных профилактических материалов осуществлялся с помощью разработанной на предыдущем этапе анкетной методики определения «уровня наркотической готовности» [5]. Процедура анкетирования соответствовала общепринятым требованиям к составлению плана и про-

ведению исследования [2]. Для оценки непосредственного эффекта от использования профилактических материалов проводилось анкетирование в коллективах с уже известным, измеренным 2-3 месяца назад, фоновым «уровнем наркотической готовности», сразу после окончания демонстрации фильма. При этом оценивались изменения, произошедшие как в общем «уровне наркотической готовности», так и в отдельных его компонентах. Оценка отсроченного эффекта применения профилактических материалов производилась по той же методике, но спустя 1, 2 и 4 месяца после профилактического воздействия.

Результаты и обсуждение

Результаты оценки эффективности применения антинаркотических профилактических материалов в 7-11 классах средней школы по критерию «уровня наркотической готовности» в целом, а также по отдельным его компонентам представлены в таблице 1.

Установлено, что под влиянием демонстрации профилактических материалов информиро-

ванность в проблеме наркоманий по результатам самооценки возросла (строка 1 таблицы 1). Однако эффективность профилактического воздействия по этому критерию в различных возрастных группах была различной. Она была максимальной у учащихся 7 и 10 классов ($+0,45 \pm 0,42$ балла и $+0,42 \pm 0,50$ балла соответственно), в то время как у учащихся 8 классов достовер-

ного приращения информированности обнаружено не было.

Эффективность программы по критерию оценки влияния наркотиков на способность преуспевать в жизни была максимальной у учащихся 9 классов ($-0,53 \pm 0,43$ балла), что представлено в строке 2 таблицы 1.

Максимум эффективности программы по критерию оценки влияния наркотиков на сексуальность ($-1,24 \pm 0,41$ балла) также пришелся на учащихся 9 классов (строка 3 таблицы 1).

Достоверных изменений «уровня наркотической готовности» по критерию оценки привлекательности имиджа наркомана под влиянием профилактического воздействия зарегистрировано не было (строка 4 таблицы 1). Данное обстоятельство свидетельствует о том, что критерий привлекательности имиджа наркомана является недостаточно надежным, поскольку подвержен влиянию неизвестных и, по-видимому, нестабильных факторов.

Таблица 1

Оценка эффективности применения антинаркотических профилактических материалов в 7-11 классах средней школы по критерию «уровня наркотической готовности» в целом и по отдельным его компонентам

№ пп	Компоненты «наркотической готовности»	Момент оценки по отношению к профилактическому воздействию	Оценка «наркотической готовности» и различий между ними в баллах (M±m)									
			7 классы		8 классы		9 классы		10 классы		11 классы	
1	Самооценка информированности в проблеме наркоманий	до	+0,20	±0,24	+0,11	±0,20	+0,33	±0,27	+0,10	±0,28	+0,48	±0,30
		после	+0,65	±0,18	+0,35	±0,23	+0,72	±0,18	+0,52	±0,22	+0,80	±0,22
		эффект	+0,45	±0,42*	+0,24	±0,43	+0,39	±0,45*	+0,42	±0,50*	+0,32	±0,52*
2	Оценка влияния наркотиков на преуспевание в жизни	до	-0,52	±0,18	-0,54	±0,14	-0,26	±0,30	-0,55	±0,20	-0,74	±0,20
		после	-0,87	±0,08	-0,82	±0,11	-0,79	±0,13	-0,84	±0,13	-1,00	±0,00
		эффект	-0,35	±0,26*	-0,28	±0,25*	-0,53	±0,43*	-0,29	±0,33*	-0,26	±0,20*
3	Оценка влияния наркотиков на сексуальность	до	+0,29	±0,18	+0,04	±0,15	+0,74	±0,25	-0,27	±0,23	-0,23	±0,24
		после	-0,37	±0,18	-0,32	±0,17	-0,50	±0,16	-0,33	±0,20	-0,60	±0,20
		эффект	-0,66	±0,36*	-0,36	±0,32*	-1,24	±0,41*	-0,06	±0,43	-0,37	±0,44*
4	Привлекательность имиджа наркомана	до	+0,22	±0,20	+0,47	±0,17	+0,15	±0,24	+0,04	±0,23	+0,16	±0,32
		после	+0,15	±0,19	+0,15	±0,17	+0,19	±0,21	+0,05	±0,16	-0,13	±0,26
		эффект	-0,07	±0,39	-0,32	±0,34	+0,04	±0,45	+0,01	±0,39	-0,29	±0,58
5	Оценка влияния наркотиков на здоровье	до	-0,05	±0,18	-0,30	±0,12	+0,02	±0,22	-0,45	±0,21	-0,39	±0,23
		после	-0,24	±0,12	-0,28	±0,16	-0,53	±0,13	-0,71	±0,14	-0,77	±0,18
		эффект	-0,19	±0,30*	+0,02	±0,28	-0,55	±0,35*	-0,26	±0,35*	-0,38	±0,41*
6	Оценка влияния наркотиков на семью (детей)	до	+0,14	±0,26	-0,32	±0,14	0,09	±0,28	-0,49	±0,20	-0,45	±0,23
		после	-0,35	±0,14	-0,34	±0,16	-0,47	±0,18	-0,59	±0,15	-0,73	±0,19
		эффект	-0,49	±0,40*	-0,02	±0,30	-0,56	±0,46*	-0,10	±0,35	-0,28	±0,42*
7	Оценка возможности избавления от наркозависимости	до	+0,37	±0,20	+0,36	±0,16	+0,15	±0,21	+0,20	±0,22	+0,06	±0,21
		после	-0,16	±0,17	+0,15	±0,18	-0,05	±0,18	0,03	±0,21	-0,17	±0,19
		эффект	-0,53	±0,37*	-0,21	±0,34	-0,20	±0,39	-0,17	±0,43	-0,23	±0,40*
8	Перспективная наркосамооценка	до	-1,98	±0,41	-2,26	±0,29	-1,39	±0,66	-2,04	±0,48	-2,48	±0,32
		после	-2,57	±0,22	-2,23	±0,34	-2,55	±0,25	-2,43	±0,26	-2,57	±0,29
		эффект	-0,59	±0,63*	+0,03	±0,63	-1,16	±0,91*	-0,39	±0,74	-0,09	±0,61
9	Уровень «наркотической готовности» в целом	до	-0,17	±0,12	-0,31	±0,08	-0,02	±0,16	-0,43	±0,12	-0,45	±0,10
		после	-0,47	±0,07	-0,42	±0,10	-0,50	±0,08	-0,54	±0,09	-0,65	±0,07
		эффект	-0,30	±0,19*	-0,11	±0,18	-0,48	±0,24*	-0,11	±0,21*	-0,20	±0,17*

Примечание: Доверительные интервалы указаны для $P < 0,05$. Звездочкой отмечены данные об эффективности профилактических программ с достоверностью различий в уровнях «наркотической программы» до и после демонстрации профилактических материалов по критерию Стьюдента-Фишера не ниже 95%.

Возрастные профили эффективности программы по критериям оценки влияния наркотиков на здоровье и семью имели подобный характер. Максимум наблюдался у учащихся 9 классов ($-0,55 \pm 0,35$

балла и $-0,56 \pm 0,46$ балла соответственно), а локальные минимумы у учащихся 8 и 10 классов (строки 5 и 6 таблицы 1).

Эффективность программы по критерию

оценки возможности избавления от наркотической зависимости равномерно убывала с возрастом, от $-0,53 \pm 0,37$ балла в 7 классах до $-0,23 \pm 0,40$ балла в 11 классах (строка 7 таблицы 1).

Хорошо выраженный максимум эффективности программы по критерию перспективной наркосамооценки ($-1,16 \pm 0,91$ балла) пришелся на 9 класс (строка 8 таблицы 1).

Наконец, возрастной профиль эффективности демонстрировавшейся антинаркотической программы по результатам оценки общего «уровня наркотической готовности» имел максимумы ($-0,30 \pm 0,19$ балла и $-0,48 \pm 0,24$ балла соответственно) у

учащихся 7 и 9 классов (строка 8 таблицы 1).

Обращает на себя внимание тот факт, что среди учащихся 9 классов наблюдается экстремально высокий фоновый «уровень наркотической готовности» (см. также [5]). Вместе с тем, именно этот контингент школьников оказался наиболее чувствительным к воздействию профилактической программы. В тоже время учащиеся 8 классов, со средними среди всех изученных возрастных групп показателями «уровня наркотической готовности», оказались наименее чувствительными к профилактическому воздействию использованной программы.

Таблица 2

Дисперсия мнений учащихся 7-11 классов по вопросам, относящимся к различным компонентам «уровня наркотической готовности», до и после профилактического воздействия

№ пп	Компоненты «наркотической готовности»	Момент оценки по отношению к профилактическому воздействию	Дисперсия оценок в баллах до и после профилактического воздействия					В среднем по компонентам «наркотической готовности»
			7 классы	8 классы	9 классы	10 классы	11 классы	
1	Самооценка информированности в проблеме наркоманий	до	0,98	1,00	0,94	1,01	0,89	0,96
		после	0,77	0,94	0,70	0,86	0,61	0,78
		эффект	0,21	0,06	0,24	0,15	0,28	0,18
2	Оценка влияния наркотиков на преуспевание в жизни	до	0,75	0,70	1,04	0,73	0,58	0,76
		после	0,34	0,46	0,49	0,49	0,00	0,36
		эффект	0,41	0,24	0,55	0,24	0,58	0,40
3	Оценка влияния наркотиков на сексуальность	до	0,74	0,75	0,85	0,85	0,72	0,78
		после	0,77	0,69	0,63	0,76	0,56	0,68
		эффект	-0,03*	0,06	0,22	0,09	0,16	0,10
4	Привлекательность имиджа наркомана	до	0,83	0,83	0,84	0,85	0,93	0,86
		после	0,82	0,71	0,83	0,63	0,73	0,74
		эффект	0,01	0,12	0,01	0,22	0,2	0,12
5	Оценка влияния наркотиков на здоровье	до	0,73	0,61	0,75	0,76	0,67	0,70
		после	0,52	0,67	0,50	0,53	0,50	0,54
		эффект	0,21	-0,06*	0,25	0,23	0,17	0,16
6	Оценка влияния наркотиков на семью (детей)	до	1,07	0,69	0,98	0,73	0,68	0,83
		после	0,59	0,67	0,68	0,59	0,52	0,61
		эффект	0,48	0,02	0,3	0,14	0,16	0,22
7	Оценка возможности избавления от наркозависимости	до	0,81	0,79	0,73	0,80	0,63	0,75
		после	0,72	0,75	0,71	0,82	0,53	0,70
		эффект	0,09	0,04	0,02	-0,02*	0,10	0,05
8	Перспективная наркосамооценка	до	1,69	1,42	2,29	1,74	0,93	1,61
		после	0,94	1,41	0,98	1,01	0,81	1,03
		эффект	0,75	0,01	1,31	0,73	0,12	0,58
9	Уровень «наркотической готовности» в целом	до	0,48	0,37	0,56	0,44	0,26	0,42
		после	0,31	0,39	0,30	0,33	0,20	0,31
		эффект	0,17	-0,02*	0,26	0,11	0,06	0,11
10	В среднем по классам	до	0,90	0,80	1,00	0,88	0,70	-
		после	0,64	0,74	0,65	0,67	0,50	-
		эффект	0,26	0,06	0,35	0,21	0,20	-

Примечание: * Отрицательные значения величины изменения дисперсии свидетельствуют о том, что после профилактического воздействия в данных классах и по данному блоку вопросов степень разбросанности оценок возросла.

Низкая чувствительность учащихся 8 классов к профилактическим воздействиям, вероятно, объясняется тем, что подростки данного возраста переживают кульминацию полового созревания. Этот процесс сопровождается напряженным желанием самоутвердиться, причем, не всегда адекватными способами, усилением «реакций эмансипации» по отношению к родителям. На этом фоне обостряется недоверие к информации, исходящей от взрослых вообще. [1,3,4].

Особое внимание было уделено степени разброса ответов подростков по каждому тематическому блоку (компоненту «уровня наркотической готовности»), в каждом классе до и после профилактического воздействия. Результаты этих исследований, выраженные через среднее квадратичное отклонение в баллах, представлены в таблице 2.

Было установлено, что под влиянием демонстрации профилактических материалов дисперсия ответов респондентов всех возрастных групп и по всем компонентам «уровня наркотической готовности», за редким исключением, уменьшилась. Данный результат свидетельствует о том, что подростки получили действительно новую для себя информацию и, вследствие этого, неопределенность в вопросах связанных с проблемой наркоманий уменьшилась. Это лишний раз свидетельствует о том, что профилактический материал оказал свое влияние на аудиторию.

Необходимо отметить, что до профилактического воздействия наибольшая дисперсия ответов была характерна для учащихся 9 классов. Но именно эта возрастная группа продемонст-

рировала наиболее значительное снижение дисперсии ответов в результате применения профилактических материалов. Таким образом, и по критерию дисперсии ответов группа девятиклассников оказалась наиболее восприимчивой к профилактическому воздействию.

Среди тематических блоков наибольшее снижение дисперсии ответов было характерно для перспективной наркосамооценки (0,58 балла) и для оценки влияния наркотиков на преуспевание в жизни (0,40 балла).

Выводы

1. Описанные выше наблюдения подтверждают критичность лиц 13-14 летнего возраста, соответствующего 8-9 классам средней школы, в плане своевременности антинаркотических профилактических воздействий.

2. Изменения, происходящие под влиянием профилактического воздействия в средних для данных контингентов «уровнях наркотической готовности» и отдельных его компонентах, а также в дисперсии ответов, дают возможность судить о качестве применяемых профилактических материалов непосредственно после их использования (без проведения длительных катамнестических исследований).

3. Авторы рассматривают изложенные выше результаты не как исчерпывающее описание методики оценки качества профилактических материалов, а лишь как первый шаг на пути ее дальнейшего формирования и развития, а также как приглашение специалистов работающих в сфере профилактики зависимости от психоактивных веществ к сотрудничеству в данном направлении.

І В. Лінський, Е.Б. Первомайський, Т.В. Савкіна

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИНАРКОТИЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ НА ПРИКЛАДІ УЧНІВ 7-11 КЛАСІВ СЕРЕДНЬОЇ ШКОЛИ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Описано анкетну методику, що дозволяє оцінювати якість антинаркотичних профілактичних матеріалів. В основу методики покладено подвійну (до та після профілактичного впливу) формалізовану оцінку балансу уявлень про наркоманії, що визначають ризик першої спроби наркотиків. Для позначення такого балансу запропоновано термін "рівень наркотичної готовності". Обговорюються можливості оптимізації процесу розробки і експлуатації антинаркотичних профілактичних програм. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 47-51)

TECHNIQUE OF AN ESTIMATION OF EFFICIENCY OF THE ANTIDRUG PREVENTIVE PROGRAMS ON EXAMPLE OF PUPILS 7-11 CLASSES THE SECONDARY SCHOOL

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

The questionnaire technique, which gives possibility to estimate quality of antidrug preventive materials, is described. In a basis of the technique is put double (before and after preventive action) formalized estimation of the balance of representations about drug addiction, which determine the risk of the first drug intake. The term "level of drug readiness" for determination of this balance was proposed. The possibilities of optimization of manufacturing and using of the antidrug preventive programs are discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 47-51)

Литература

1. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. — М.: Изд. АПН РСФСР, 1956.
2. Гричихин В.Г. Лекции по методике и технике социологических исследований М.: Изд. МГУ, 1988. с. 123-133.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1985.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — М.: Медицина, 1985, с.416.
5. Пervомайский Э.Б., Линский И.В., Савкина Т.В. Оценка «уровня наркотической готовности» у подростков. // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2(6),1999., с. 93-97.

Поступила в редакцию 18.09.2001г.

УДК: 616.89-008

*В.М.Синайко***ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ**

Харьковский государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: умственная работоспособность, студенты, статистическая оценка

Особенностью учебного процесса в современных условиях является необходимость овладения большими объемами новых знаний и практических навыков, что требует длительной и интенсивной умственной работы и определяет необходимость изучения проблемы соотношения умственной работоспособности и утомления, психической адаптации и дезадаптации, развития психических расстройств у молодых лиц [1,5,7,10]. Следует учитывать, что в биопсихосоциальной структуре личности важную роль играют психологические характеристики, формирующиеся на основе наследственных факторов и воздействия окружающей среды, тесно взаимодействующие с ними [4,8,9].

Превышение информационной нагрузки в процессе обучения, несоответствие ее качества и количества психофизиологическим и личностным возможностям учащихся, возникновение эмоционально-стрессовых ситуаций могут оказать

отрицательное воздействие на успеваемость, самочувствие и здоровье. Наиболее часто приходится встречаться с состоянием утомления, которое выражается во временном снижении умственной работоспособности, снижении интенсивности внешней работы органов и систем в связи с дефицитом активных энергетических веществ, запредельным торможением определенных функциональных систем головного мозга. Субъективно развитие утомления проявляется чувством усталости и нежеланием продолжать работу.

В последние годы участились случаи пограничных психических расстройств, психосоматических заболеваний и даже тяжелых психических расстройств, спровоцированных учебной перегрузкой и нарушениями психогигиенических требований, что определяет актуальность исследований, направленных на диагностику психического состояния лиц, занимающихся напряженным умственным трудом [2,5,7].

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании представлены результаты статистического подхода к оценке умственной работоспособности студентов с целью их дальнейшего использования при диагностике умственной работоспособности.

Нами было проведено массовое исследование студентов первого и второго курсов Харьковского государственного медицинского университета в условиях естественного эксперимента, направленного на изучение объективных и субъективных показателей умственной работоспособности. Всего было обследовано 1300 студентов обоего пола в возрасте 18-24 лет.

Объективные показатели точности (В) и продуктивности (Е) выполняемой умственной

работы определялись при помощи модифицированного варианта методики «Корректирующая проба» в двух пробах, а субъективные показатели психоэмоционального состояния определялись модифицированной методикой субъективной оценки личности ТРАНС, которая позволяла студентам провести самооценку тревоги, работоспособности, активности, настроения, самочувствия.

Результаты экспериментального исследования показателей умственной работоспособности и их взаимосвязей, описывались в рамках следующих статистических характеристик: диапазон изменения максимальных и минимальных значений исследуемых показателей, среднее значение, коэффициенты асимметрии (k) и эксцесса (g) [3,6].

Полученные результаты и их обсуждение

Анализируя полученные данные в отношении изменения показателей точности и продуктивности при двукратном выполнении методики «Корректурная проба» (соответственно В1, Е1 и В2, Е2) и пока-

зателей тревоги, работоспособности, активности, настроения и самочувствия, являющихся субъективными показателями психоэмоционального состояния личности, можно отметить следующее.

Таблица 1

Средние значения статистических показателей корректурной пробы

	В		Е		В1		Е1	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Мода (А)	0.91	0.936	540	544.7	0.95	0.958	562	597.7
Среднее квадратичное отклонение (σ)	0.11	0.06	170	130	0.05	0.03	183	138.4
А/ σ	11.9	19.4	3.37	4.22	22.08	29.5	3.2	4.4
Коэффициент асимметрии (κ)	-2.5	-1.07	0.43	0.79	-1.76	-0.91	0.95	0.44
Коэффициент эксцесса (γ)	5.57	4.39	0.07	0.89	3.2	0.02	0.52	0.05

Для студентов мужского пола характерно существенное улучшение показателя продуктивности за счет расширения верхней границы максимальных показателей и сужения нижней границы минимальных показателей (табл. 1). Показатели же точности сохраняют свое значение. Для студенток наблюдается иная картина: незначительное снижение верхней границы показателей продуктивности сопровождается существенным улучшением показателя точности выполняемой работы. Это качественно по-разному характеризует особенности умственной работоспособности у студентов обоего пола, а именно, для студенток характерна установка на точность, а для студентов — установка на скорость, продуктивность выполняемой работы.

Что же касается показателей психоэмоционального состояния у мужчин и женщин, то здесь так же наблюдались качественные различия.

Верхняя граница максимальных показателей одинакова как у мужчин, так и у женщин. Однако нижняя граница значительно шире у женщин, чем у мужчин, по всем параметрам, кроме показателя настроения. Соответственно, и диапазон изменения показателей шире у женщин за счет расширения нижней границы. Это говорит о большей стабильности субъективных оценок психоэмоционального состояния у мужчин, чем у женщин. Что касается показателя настроения,

то здесь большая стабильность в оценках у женщин, чем у мужчин.

Анализ средних значений всех исследуемых показателей показал, что средние показатели точности и продуктивности у женщин выше, чем у мужчин, как в первой, так и во второй пробе. Однако у мужчин более резко выражен прирост показателя точности ко второй пробе, а у женщин такой прирост более «плавный». В отношении показателя продуктивности наблюдается обратная картина. Более резко скачок в улучшении продуктивности выражен у женщин, а у мужчин — более «плавный». Это подтверждает то, что у мужчин преобладает установка на продуктивность выполняемой работы, а у женщин — на точность.

При анализе средних значений показателей субъективной методики ТРАНС (табл. 2), установлено, что студенты мужского пола имеют более высокие показатели субъективной оценки тревоги, чем женщины, что означает более высокий уровень ощущения субъективной тревоги у женщин. Проявление данной тревоги по всей видимости связано с конкретной внешней ситуацией — выполняемой работой и отражает индивидуальные особенности адаптационных возможностей у студенток.

По всем остальным показателям — работоспособность, активность, настроение и самочув-

ствие — у женщин более высокие средние значения по сравнению с мужчинами. При этом по показателю настроения наблюдается особенно большое расхождение. Можно сказать, что настрое-

ние, являясь сравнительно продолжительным и устойчивым психическим состоянием, в качестве положительного фона жизни индивида более интенсивно выражено у женщин, чем у мужчин.

Таблица 2

Средние значения самооценки личности студентов

	Тревога		Работоспособность		Активность		Настроение		Самочувствие	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
A	-9.48	-10.59	9.99	11.26	7.77	9.82	13.3	17.3	14.35	14.92
σ	9.03	7.42	8.62	7.92	7.04	6.92	11.14	8.66	8.5	7.97
a/ σ	-1.06	-1.46	1.1	1.48	1.12	1.48	1.21	2.1	1.74	1.92
κ	0.36	0.18	-0.08	-0.47	-0.09	-0.35	-0.38	-0.36	-0.3	-0.32
γ	-0.17	-0.21	-0.77	0.22	0.3	-0.76	-0.11	-0.45	-0.77	-0.55

Самые низкие значения средних показателей отмечаются при субъективном оценивании активности как у мужчин, так и у женщин.

Исследование коэффициента асимметрии показало, что для показателей точности и у мужчин, и у женщин наблюдается общее смещение результатов в область высоких значений. При этом, для женщин такое смещение показателей точности и в первой, и во второй пробах одинаково, а для мужчин показатель точности ко второй пробе существенно снижается.

Большие доверительные интервалы для значений показателя точности говорят о случайном характере появления данных значений, скорее всего связанном с ситуативной тревогой, настроением и низкими оценками собственной активности, как направленности на деятельность.

Иная картина наблюдается для остальных показателей. Особенно сильное смещение в область высоких результатов по показателям продуктивности. Причем, у мужчин большее смещение продуктивности во второй пробе, а у женщин в первой. Незначительное смещение в область высоких значений всех показателей методики ТРАНС.

Анализ коэффициентов эксцесса в распределении результатов точности и продуктивности выполнения работы у студентов мужского и женского пола показал, что распределение результатов продуктивности у студентов обоего пола близко к нормальному, в то время как результаты точности у студенток имеют большую вариативность, чем у студентов. Это свидетельствует о том, что для мужчин вероятность по-

явления высоких значений этого показателя больше, чем для женщин.

Анализ статистических характеристик исследуемых показателей показал, что как у мужчин, так и у женщин можно зафиксировать «плавающие» границы умственной работоспособности с помощью предлагаемой многопараметрической системы статистических оценок.

Различия наблюдаемые между мужчинами и женщинами по показателям продуктивности и точности позволяют говорить о том, что у женщин эти показатели значительно выше, чем у мужчин. Соответственно и выше уровень умственной работоспособности. Однако для женщин характерна установка на точность и правильность выполняемой работы, а для мужчин — на скорость и продуктивность.

Говоря о показателях психоэмоционального субъективного состояния, можно выделить различия по его самооценке. Для женщин характерна большая стабильность таких оценок, а значит субъективно женщины ощущают себя более благополучно и комфортно.

Использование экспериментально найденных значений среднего, асимметрии и эксцесса позволяет уточнить особенности распределения полученных результатов. В литературе [3,6] чаще всего проводится сравнение с нормальным законом распределения результатов, о чем свидетельствует и широкое применение критерия хи-квадрат. Так, проверка полученных законов распределения по нашим результатам по критерию хи-квадрат показывает, что по всем показателям применим нормальный закон распре-

ления. Однако существенные различия в коэффициентах эксцесса и асимметрии, свидетельствуют о существенной трансформации распределения результатов в области «хвостов» распределения. Так, отрицательные коэффициенты асимметрии свидетельствуют о смещении среднего в область больших значений результатов. При этом отрицательная величина эксцесса свидетельствует о «расплывании» кривой распределения результатов в области смещения и уменьшения вероятности появления данных значений. Данное обстоятельство указывает на то, что при анализе экспериментальных данных не-

обходимо использовать более точные статистические оценки, о которых речь шла выше.

Приведенная выше модель статистических оценок распределения результатов исследования позволяет провести более точный анализ умственной работоспособности студентов. При этом возможно наиболее полно оценить особенности распределения результатов исследования, которые при обычной статистической обработке обычно теряются, т.к. основное внимание исследователи обычно уделяют анализу средних величин и их корреляционных взаимосвязей.

В.М.Сінайко

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ

Харківський державний медичний університет, Україна

Наданий аналіз статистичних оцінок показників розумової працездатності з метою їх подальшого використання при діагностиці розумової працездатності студентів чоловіків та жінок. Було проведено масове дослідження 1300 студентів 1 та 2 курсу медичного університету у віці 18-24 років в умовах природного експерименту, спрямоване на вивчення об'єктивних та суб'єктивних показників розумової працездатності. Описана модель статистичних оцінок розподілу результатів, яка дозволяє провести більш точний аналіз розумової працездатності студентів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 52-55)

V.M.Sinaiko

FEATURES OF THE ESTIMATION OF INTELLECTUAL EFFICIENCY OF THE STUDENTS

Kharkov State Medical University, Ukraine

In the present research the analysis of statistical estimations of parameters of intellectual workability is submitted with the purpose of their further use at diagnostics of intellectual workability of the students man's and female. The mass research 1300 1 and 2 year students of medical university in the age of 18-24 years in conditions of natural experiment directed on study of objective and subjective parameters of intellectual workability was carried out. The model of statistical estimations of distribution of results is described which allows to carry out exacter analysis of intellectual workability of the students. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 52-55)

Литература

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А. К вопросу о регистрах психической дезадаптации //Клинические и организационные вопросы общей и судебной психиатрии. – Киев – София, 1993. – С. 15-18.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства // Москва: Медицина, 1993. — 399 с.
3. Артемьева Е.Ю. , Мартынов Е.М. Вероятностные методы в психологии . Москва, 1975.- 206 с.
4. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. Москва, 1984.- 104 с.
5. Бачериков Н.Е., Добромиль Э.И., Воронцов М.П. Психогигиена умственного труда учащейся молодежи. – Киев: Здоров'я. 1985. - 126с.

6. Бурлачук Л.Ф. , Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике — СПб: Питер Ком, 1999. — 528 с.
7. Гавенко В.Л. Функциональная диагностика предболезненных психических и сосудистых изменений у молодых лиц // Охрана здоровья детей и подростков . -1991 .- Вып. 18 .- с.55-56
8. Казначеев В.П. Общая патология и адаптация человека: размышления врача — клинициста // Бюл. Сибирского отделения АМН СССР. — 1987. — №6. — с. 19-27
9. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. Москва: Наука ,1984.- 444с.
10. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. Ленинград: Медицина , 1984.- 183 с.

Поступила в редакцию 21.03.2001г.

УДК 616.89-008.442:616.891.7

*О.О. Зайцев***ПСИХОЛОГІЧНО-СОЦІАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ**

Українська медична стоматологічна академія, Україна

Ключові слова: сексуальна агресія, підлітки, соціально-психологічне дослідження

Сексуальна агресія на тлі загальної кримінальної картини в нашій країні, на жаль, залишається досить актуальною. Велика частина тяжких серійних злочинів, що були спрямовані супроти особистості, мали сексуальний ґрунт. Найбільш значимими й одночасно найменш вивченими предикторами подібних дій залишаються соціально-психологічні чинники, різноманіття яких поглинає широке коло питань – від абстрактно-філософських до вузькомедич-

них або конкретно-юридичних.

Метою нашого дослідження було вивчення соціально-психологічних механізмів формування сексуально забарвленої кримінальної поведінки, що обумовило аналіз особистісних якостей підлітків у взаємозв'язку з типами їхнього виховання, а також взаємовідносин у родині та колективі (як у «формальному» – соціально-належному, так і у «неформальному» – індивідуально-схильному).

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 327 підлітків, які вчинили сексуальні злочини згідно статей 117, 118, 121 та 122 ч. 2 КК України на території Полтавської області протягом 1993-

1998 рр. Дослідження проводилося за допомогою клініко-анамнестичного методу із застосуванням спеціально створеної оригінальної анкети.

Результати та їх обговорення

Практично всі обстежені підлітки охарактеризували свої сімейно-побутові умови як задовільні. Соціальний статус родин був різноман-

ітним (робітники, сільськогосподарські працівники, службовці, інтелігенція). Більшість обстежених були єдиними дітьми в родині (Табл. 1).

*Таблиця 1***Розподіл підлітків за типом родини і кількістю дітей у ній**

Кількість дітей у родині	Родина				Виховання поза роудиною		Усього	
	повна		неповна		абс.ч	%	абс.ч	%
	абс.ч.	%	абс.ч	%				
1	132	40,37	59	18,04	24	7,34	215	65,75
2	55	16,82	22	6,73	14	4,28	91	27,83
3 і більше	9	2,75	7	2,14	5	1,53	21	6,42
Усього	196	59,94	88	26,91	43	13,15	327	–

У тих випадках, коли в родині були й інші діти, найчастіше спостерігалася значна різниця у віці між братами й сестрами (більше 6-8 років). Багатодітні родини зустрічались рідко. Загалом, ці дані відбивають демографічну ситуацію в регіоні.

Найчастіше підлітки виховувалися в повній родині, хоча значна частина з них жила також у неповних родинях або взагалі без родини. У не-

повній родині діти виховувалися, як правило, матір'ю, й, у більшості випадків, в умовах гіпопротекції. Турбота про дітей була мінімальною, у кращому випадку вона зводилася до того, щоб одягти, обути й нагодувати їх. Таким чином, підліток здебільшого був наданий самому собі.

Висновки про виховання підлітків і взаємовідносини у їхніх родинях можна робити за даними табл. 2.

Таблиця 2

Типи виховання і характер взаємовідносин у родині

Взаємовідносини в родині	Гіпопротекційний		Нормальний		Гіперпротекційний		Усього	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Байдужні, холодні	68	20,80	20	6,11	17	5,20	105	32,11
Конфліктні, напружені	54	16,51	25	7,65	62	18,96	141	43,12
Добрі, чуйні	14	4,28	56	17,13	11	3,36	81	24,77
Усього	136	41,59	101	30,89	90	27,52	327	-

Найбільш поширеним типом виховання, як і слід було очікувати, була гіпопротекція, тобто, по суті, бездоглядність підлітків. І хоча майже третина з них виховувалася в більш-менш нормальних умовах, але стосунки в родині далеко не завжди були достатньо доброзичливими.

У більшості випадків, як видно з таблиці, взаємовідносини батьків і дітей були конфліктними. Навіть при гіперпротекції у неповних сім'ях, де на сині зосереджувалась надмірна материнська доброта, а увага й турбота були неадекватно гіперболізовані, підліток почував себе самотнім і майже не відчував ані найменшої прихильності до матері. Розвиток внутрішньородинного конфлікту в цих випадках ішов не за типом «батько=мати+син», як у повних, але неблагополучних сім'ях, а за типом «мати-син» [3].

Ті з обстежених підлітків, що були ініціаторами й організаторами скоєння сексуальних злочинів, походили, як правило, із неблагополучних родин або виховувалися поза родинною.

За умов гіперпротекції взаємовідносини теж характеризувались напруженням, але механізм розвитку конфлікту тут був дещо іншим. Зазвичай конфлікт розвивався латентно досить тривалий час, але розв'язання його було навальним, грубим, неадекватним за подразником (демон-

стративний суїцид, втеча з дому через заборону надіти бажаний одяг, піти на дискотеку і т. ін.). Така реакція була своєрідним протестом підлітка у відповідь на батьківську вимогливість, бажання підпорядкувати його гіперсоціальним сімейним психологічним установкам, відбивала прагнення підлітка знайти вдавану незалежність, триумф власного «Я».

В родинях, де умови виховання були більш-менш нормальними і домінували врівноважені стосунки, досить часто спостерігалось певне взаємопорозуміння між підлітком і батьками, однак таких родин було всього 17,13 %. Але і в цих випадках не можна було говорити про гармонічний тип виховання.

Соціально-належна (навчальна й трудова) діяльність обстежених нами підлітків мала такий характер: більшість із наших обстежених (177, або 54,13 %) були учнями (табл. 3); 104 чол. (31,8 %) на момент обстеження не навчалися і не працювали; займалися трудовою діяльністю менше 1 року лише 46 (14,07 %) чол.

Як очевидно з даних таблиці 3, значна частина підлітків навчалася в СПТУ і середній школі. При цьому добре встигали лише окремі індивіди, значно переважало незадовільне навчання. Проте, відповідно до характеристик навчальних зак-

ладів, у минулому більш ніж у третини обстежених відзначалася гарна, а в деяких випадках навіть відмінна успішність; указувалося і на певні здібності учнів у засвоєнні окремих предметів. У той же час у частини підлітків, що характеризувалися як устигаючі задовільно, виявлялися явні прогалини в знаннях – незнання таблиці множення, елементарних географічних понять, історичних дат, значна безграмотність у правопису і т.д. Необ’єктивна, завищена педагогами оцінка успішності спотворювала реальну ситуацію і не відби-

вала істинного рівня їхніх знань. Цим пояснюється невелике число (21,47 %) виявлених нами випадків дублювання програми того чи іншого класу, неатестування з окремих дисциплін або з усього курсу середньої школи в цілому.

Байдужість викладачів і негативне ставлення підлітків до навчання призводило до прогресуючого відставання їх в інтелектуальному розвитку, що за відсутності почуття обов’язку й відповідальності, незнання елементарних правил дисципліни, невміння поводитися в колективі по-

Таблиця 3

Види навчання й успішність підлітків (n=177, або 54,13% від загального числа обстежених)

Навчальний заклад	Успішність						Усього	
	гарна		задовільна		незадовільна			
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Середня школа	6	3,39	17	9,61	19	10,73	42	23,73
Допоміжна школа	–	–	8	4,52	11	6,22	19	10,74
СПТУ	6	3,39	31	17,51	63	35,59	100	56,49
Середній спеціальний навчальний заклад	-	-	8	4,52	8	4,52	16	9,04
Усього	12	6,78	64	36,16	101	57,06	177	–

роджувало дефіцит у сфері діяльності і змушувало підлітків шукати інших засобів практичної самореалізації.

Особливо яскраво це виявилось в групі підлітків без певних занять. Байдикування було зумовлене в них підкресленими гедоністичними установками. Цинічна заява: “Хто зрозумів життя – працювати кинув” – була улюбленим висловом, своєрідним гаслом цих підлітків. Паразитичний спосіб життя, можливий спочатку за рахунок батьків, надалі забезпечувався іншими джерелами прибутків – спекуляцією, дрібним рекетом, крадіжками.

Для цієї групи підлітків були характерні рання алкоголізація, наркотизація, суворий підхід до комунікативних взаємовідносин, причому коло спілкування, здебільшого, складали особи з антигромадською поведінкою. Дефіцит у сфері спілкування через повний розрив з усіма легальними формалізованими колективами (навчальні заклади, виробництво) практично завжди компенсувався взаємовідносинами у молодіжних групах, що складаються стихійно. У працюючих підлітків адаптація в організованому колективі

була порушена. У поданих характеристиках нерідко вказувалося на несумлінне ставлення до праці, часті прогули, порушення трудової дисципліни, вживання алкоголю на робочому місці. Примітно, що тільки 19,37 % працюючих підлітків були хоч якось матеріально зацікавлені в результатах своєї праці.

Але більш цікавим виявилось дослідження індивідуально-схильних взаємовідносин підлітків у неформальних молодіжних групах.

В абсолютної більшості обстежених нами підлітків навчання й робота не посідали чільних місць у шкалі життєвих цінностей. Реалізація себе як особистості здійснювалася ними в умовах неформальних молодіжних угруповань, до яких усі обстежені мали те чи інше відношення (табл. 4).

Дані таблиці дозволяють уявити масовість такого явища в підлітковому середовищі, як реакція групування [1, 2].

В основі створення кожної неформальної молодіжної групи звичайно лежав територіальний принцип, тобто проживання її членів в умовах одного мікрорайону, житлового кварталу, подвір’я, значно рідше – спільне навчання в одній

школі, СПТУ, праця на одному виробництві. Відносно стабільне ядро групи найчастіше скла-

дали від 3 до 8 її членів.

Для більшості обстежених була характерна

Таблиця 4

Види діяльності неформальних молодіжних угруповань і участь у них обстежених підлітків

Вид діяльності групи	Роль підлітка у групі								Усього	
	лідер		повноправний член		підлеглий член		член, що відхиляється			
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Трудова діяльність	-	-	3	0,92	5	1,53	-	-	8	2,45
Розважальна діяльність	23	7,03	20	6,11	31	9,48	14	4,28	88	26,90
Алкоголізація	-	-	6	1,84	6	1,84	-	-	12	3,67
Байдикування	14	4,28	39	11,93	34	10,40	3	0,92	90	27,53
Анти-громадська діяльність	17	5,20	87	26,60	25	7,65	-	-	129	39,45
Усього	54	16,5	155	47,40	101	30,90	17	5,20	327	-

гарна адаптація в умовах неформального молодіжного угруповання. Перебування в ньому, на відміну від легальних, формалізованих колективів, для підлітків було незрівнянно більш привабливим, що пояснювалося безтурботним дозвіллям, повним задоволенням від своєї діяльності (головним чином, соціально неприйнятної), відсутністю звичаєних морально-етичних рамок, рідкістю внутрішньогрупових конфліктів, хибним відчуттям свободи й незалежності.

Стихійно укладені неформальні угруповання, до яких належали наші обстежені, мали винятково асоціальну й антисоціальну спрямованість. У період, що безпосередньо передував скоєнню злочину, антигромадський характер діяльності підлітків значно посилювався, досягаючи критичної точки і набуваючи конкретного кримінального забарвлення.

Більше половини (52,41 %) обстежених до моменту вчинення злочину були на обліку в інспекції зі справ неповнолітніх, а 21,09 % раніше залучалися до кримінальної відповідальності, але в силу віку і гуманного ставлення до них суду отримали мінімальні строки покарання, як правило, умовні. Спектр цих правопорушень був

досить широкий: від невеличких крадіжок і розкрадань, дрібного хуліганства, вживання алкоголю в неналежних суспільних місцях до викрадення автомобілів, нанесення середніх і тяжких тілесних ушкоджень.

Дані наших спостережень призводять до висновку, що участь у стихійно виникаючих молодіжних групах є однією з істотних соціально-психологічних шкідливостей у розвитку підлітка.

Таким чином, психологічне й соціологічне обстеження показало, що розвиток девіантної поведінки підлітків, котрий призводить до вчинення сексуального злочину, посилюється за рахунок несприятливих мікросоціальних умов – конфліктних стосунків у сім'ї, бездоглядного виховання або, навпаки, гіперпротекції, постійного контакту з антисоціальними особистостями в найближчому оточенні. Крім того, істотну негативну роль у формуванні особистості й поведінки підлітка грає участь у стихійно виникаючих неформальних молодіжних групах, діяльність яких, як правило, має антигромадський характер. Це диктує необхідність розробки методичних рекомендацій для відповідних правових і соціальних інститутів.

А. А. Зайцев

**ПСИХОЛОГИЧЕСКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ, КОТОРЫЕ
СОВЕРШИЛИ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ**

Украинская медицинская стоматологическая академия, Украина

Данное исследование посвящено проблеме подростковой сексуальной преступности. Рассмотрены важнейшие социально-психологические предпосылки возникновения криминальных сексуальных действий. Проведён анализ зависимости личностных качеств подростков - сексуальных преступников от типов их воспитания и взаимоотношений в коллективах – формальном и неформальном. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2001. - № 1 (8). - С. 56-60)

A. A. Zaitsev

**SOCIAL - PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF THE TEENAGERS WHO HAVE MADE SEX
CRIMES**

Ukrainian medical stomatological academy, Ukraine

In this clause the problem of teenage sex criminality is studied. The major social - psychological preconditions of occurrence of criminal sex actions are considered. The analysis of dependence of personal qualities of the teenagers - sex criminals from types of their education and mutual relation in formal and informal collectives is executed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 56-60)

Література

1. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение подростков. – Минск: Беларусь, 1988. – 207 с.
2. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руков. для врачей. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.

3. Эйдемиллер Э.Г. Тактика семейной психотерапии при психопатиях и психопатоподобных расстройствах подросткового возраста // Сем. психотерап. при нервных и псих. заболеваниях. – Л., 1978. – С. 64 – 75.

Поступила в редакцию 18.04.2000г.

УДК: 616.895.8+613.816+616.89-008.1:612.6.05

*А.А. Двирский***ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ,
КОМОРБИДНОЙ С ЛЮЦИДНЫМ
АЛКОГОЛИЗМОМ И АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ**

Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Украина

Ключевые слова: шизофрения, коморбидная с алкоголизмом, шизофрения в сочетании с алкогольным делирием, поздняя шизофрения.

В конце 19 века Е Краепелин [18] выделил шизофрению, в первой четверти 20 столетия Т.И. Юдин [12] предложил полигенную модель шизофрении, а М. Березовский [1] показал влияние возрастного фактора на ее клинические проявления. Вместе с тем широкое исследование роли инволюционного периода на проявление и фенотипические особенности шизофрении [2, 3, 5, 10, 11] началось после того, как М. Bleuler [13] определил границы поздней шизофрении и показал, что она в генетическом отношении не отличается от шизофрении среднего возраста.

Обобщая результаты собственных наблюдений и многолетних исследований других авторов о влиянии возрастного фактора на течение шизофрении в позднем возрасте, Э.Я. Штернберг [11] и В.А. Концевой [5] отмечали ее более благоприятное течение при манифестации в позднем возрастном периоде. Онейроидные приступы при поздней шизофрении, по мнению Э.Я. Штернберга [10], наблюдаются крайне редко, тогда как И.Я. Гурович [2] при поздней периодической шизофрении обнаружи-

вал их в 25% случаев.

В единичных исследованиях изучались генетические особенности при поздней шизофрении [3, 13], а В.М. Михлин и Е.А. Бурбуля [7] обратили внимание на то, что у мужчин манифестным проявлениям этого психоза в позднем возрасте нередко предшествовал алкоголизм. В связи с тем, что в настоящее время к мультифакториальным заболеваниям, помимо шизофрении [14], относятся алкоголизм [15] и алкогольный делирий [4, 19], их можно рассматривать при этом эндогенном психозе в качестве генотипических особенностей. Вместе с тем в работах, посвященных изучению сочетания шизофрении с алкоголизмом и алкогольным делирием, не изучалось влияние онтогенетического фактора, в частности инволюционного периода, на ее клинические проявления.

Основной целью исследования явилось определение у больных шизофренией, коморбидной с люцидным алкоголизмом и алкогольным делирием, частоты поздней шизофрении и изучение ее клинических особенностей.

Материал и методы исследования

В Крымских психиатрических больницах №1, №3, №5 и в Крымском республиканском психиатрическом диспансере выявлено 217 больных в сочетании с алкоголизмом, в число которых входило 182 мужчин и 35 женщин, и 176 больных, перенесших алкогольный делирий, среди которых было 140 мужчин и 36 женщин. Возраст этих больных шизофренией составлял от 22 до 73 лет, а возраст начала шизофрении - от 17 до 55 лет. Квалификация шизофрении, ее форм и типов течения осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ - 10 [6].

По формам психоза, манифестирующего до 39 лет, 196 больных шизофренией, коморбидной

с алкоголизмом, и 125 больных шизофренией в сочетании с алкогольным делирием, распределены соответственно так: простая (F20.6) - 34 и 4, параноидная (F20.0) - 153 и 120, кататоническая (F20.2) - 9 и 1 больных. При проявлении эндогенного психоза в возрасте 40 и более лет 21 больной шизофренией в сочетании с алкоголизмом и 51 больной шизофренией, перенесших алкогольный делирий, были представлены параноидной формой.

С возрастом начала эндогенного психоза до 39 лет 196 больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, и 125 больных шизофренией в сочетании с алкогольным делирием, по типам

течения распределены следующим образом: непрерывное (F20.r0) - 89 и 38, приступообразное (F20.r1, F20.r2, F20.r4, F20.r5) - 94 и 61, ремиттирующее (F20.r3) - 13 и 26 случаев. По типам течения 21 больных поздней шизофренией в сочетании с алкоголизмом и 51 больных поздней шизофренией, перенесших алкогольный делирий, представлены соответственно так: непрерывное - 8 и 6, приступообразное - 7 и 30, ремиттирующее - 6 и 15 случаев. Онейроидные состояния у

217 больных шизофренией, коморбидной с люцидным алкоголизмом, обнаруживались в 8 случаях, а у 176 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, - в 18 случаях.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium в операционной системе Windows - 95 с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

У 176 больных шизофренией, коморбидной с алкогольным делирием, поздняя шизофрения наблюдалась в 29,0% случаев, что в 3,0 раза превышает ее частоту у 217 больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом, где она составляла 9,7% случаев ($P < 0,001$). В группе 51 больных поздней шизофренией, перенесших алкогольный делирий, частота случаев с возрастом ее проявления 40 - 49 лет (78,4%) и 50 - 59 лет (21,6%) не отличалась от соответствующих величин в группе 21 больных поздней шизофренией в сочетании с люцидным алкоголизмом (85,7 и 14,3%) ($P > 0,3$).

Сопоставление клинических проявлений шизофрении с учетом возраста ее манифестации (табл. 1) показало, что ремиттирующее течение встречается в 2,3 раза чаще в группе 21 больных поздней шизофренией, коморбидной с алкоголизмом (28,6%), чем у 196 больных шизофренией в сочетании с люцидным алкоголизмом, которая манифестировала в возрасте до 39 лет (6,6%) ($P < 0,05$). Это происходит за счет тенденции к снижению частоты случаев с непрерывным и приступообразным типами течения поздней шизофрении в сочетании с алкоголизмом соответственно на 7,3 и 14,7%.

У 51 больных поздней шизофренией, перенесших алкогольный делирий (табл. 1), непрерывное течение (11,8%) наблюдается в 2,6 раза реже, чем у 125 больных шизофренией с началом манифестных проявлений до 39 лет (30,4%) ($P < 0,01$). Отмеченное различие происходит в результате того, что у больных поздней шизофренией в сочетании с алкогольным делирием суммарная частота приступообразного и ремиттирующего течения (88,2%) на 18,6% больше, чем в сопоставляемой группе больных (69,6%) ($P < 0,01$).

При проявлении эндогенного психоза в возрасте до 39 лет (табл. 1) в группе 125 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий,

непрерывное течение (30,4%) обнаруживается в 1,5 раза реже, а ремиттирующее (20,8%) в 3,2 раза чаще, чем у 196 больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом, у которых соответствующие величины составляли 45,4 и 6,6% случаев ($P < 0,01$). Частота приступообразного типа течения в этих группах больных не отличалась.

Непрерывное течение у 51 больных поздней шизофренией в сочетании с алкогольным делирием (11,8%) обнаруживается в 3,2 раза реже, что происходит за счет увеличения в 1,8 раза частоты приступообразного течения (58,8%) в сопоставлении с 21 больным поздней шизофренией, сочетающейся с люцидным алкоголизмом, у которых эти величины соответственно составляли 38,1 и 33,3% ($P < 0,05$). Частота ремиттирующего типа течения в анализируемых группах больных поздней шизофренией не отличалась.

В группе 21 больных поздней шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, и в группе 51 больных поздней шизофренией, в анамнезе которых отмечался алкогольный делирий (табл. 2), все случаи были представлены параноидной формой. В то же время при манифестации этого психоза до 39 лет в группе 125 больных шизофренией в сочетании с алкогольным делирием параноидная форма (96,0%) наблюдалась на 17,9% чаще, а простая (3,2%) и кататоническая (0,8%) формы соответственно в 5,4 и 5,8 раза реже в сравнении с группой 196 больных шизофренией с люцидным алкоголизмом, у которых эти формы встречались соответственно в 78,1, 17,3 и 4,6% случаев ($P < 0,05$).

Общая частота простой и кататонической форм шизофрении, представленная негативной симптоматикой, проявившейся в возрасте до 39 лет у 196 больных шизофренией с люцидным алкоголизмом, обнаруживалась в 21,9% случаев и в 5,5 раза превышала аналогичную величину у 125 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий (4,0%) ($P < 0,001$).

Типы течения шизофрении в сочетании с люцидным алкоголизмом и алкогольным делирием в зависимости от возраста манифестации психоза

Типы течения шизофрении	Шизофрения с люцидным алкоголизмом			Шизофрения с алкогольным делирием		
	До 39 лет (N=196)	40 и более лет (N=21)	Всего (N=217)	До 39 лет (N=125)	40 и более лет (N=51)	Всего (N=176)
	%%±m	%%±m	%%	%%±m	%%±m	%%
Непрерывное	45,4±3,5	38,1±10,6	44,7	30,4±4,1	11,8±4,5	25,0
Приступообразное	48,0±7,5	33,3±10,2	46,5	48,8±4,5	58,8±6,9	51,7
Ремиттирующее	6,6±1,8	28,6±9,7	8,8	20,8±3,6	29,4±6,4	23,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 2

Формы шизофрении в сочетании с люцидным алкоголизмом и алкогольным делирием в зависимости от возраста манифестации психоза

Типы течения шизофрении	Шизофрения с люцидным алкоголизмом			Шизофрения с алкогольным делирием		
	До 39 лет (N=196)	40 и более лет (N=21)	Всего (N=217)	До 39 лет (N=125)	40 и более лет (N=51)	Всего (N=176)
	%%±m	%%±m	%%	%%±m	%%±m	%%
Непрерывное	17,3±2,7	0,0±0,0	15,7	3,2±1,6	0,0±0,0	2,3
Приступообразное	78,1±2,9	100,0±0,0	80,2	96,0±1,7	100,0±0,0	97,1
Ремиттирующее	4,6±1,5	0,0±0,0	4,1	0,8±0,7	0,0±0,0	0,6
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Обнаруженные клинические отличия обусловлены, в значительной мере, генотипическими особенностями больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, у которых, в отличие от больных шизофренией, коморбидной с люцидным алкоголизмом, кроме генокомплекса, обуславливающего предрасположенность к алкоголизму [15], присутствует генокомплекс, определяющий предрасположенность к алкогольному делирию [4, 19]. У больных поздней шизофренией, в анамнезе которых наблюдался алкогольный делирий, преобладает позитивная симптоматика, которая ассоциируется с дофаминергией [16], наблюдаемой также при проявлении алкогольного делирия [8, 9, 17].

Онейроидные состояния у 176 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий

(10,2%), обнаруживался в 2,8 раза чаще, чем у 217 больных шизофренией, коморбидной с люцидным алкоголизмом (3,7%) ($P < 0,05$). Это различие происходит за счет увеличения в 4,6 раза частоты онейроидных состояний у 125 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, которая проявилась до 39 лет (12,0%) в сравнении с 196 больными шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, с началом психоза в том же возрастном периоде (2,6%) ($P < 0,01$). При поздней шизофрении частота онейроидных состояний у 21 больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом (14,3%) не отличалась от их частоты у 51 больных шизофренией, в анамнезе которых отмечался алкогольный делирий (5,9%) ($P > 0,3$). Повышение частоты онейроидных состояний у больных шизофренией, в анамнезе ко-

торых имелись делириозные состояния, свидетельствует об определенной близости этих качественных расстройств сознания. Полученные данные о частоте онейроидных расстройств у больных поздней шизофренией в сочетании с психотическим и непсихотическим алкоголизмом не согласуются с указаниями И.Я. Гуровича [2] об их высокой частоте у больных поздней шизофренией.

Таким образом, генотипические особенности шизофрении, обусловленные присутствием

генокомплексов алкоголизма и алкогольного делирия, оказывают модифицирующее влияние на возраст ее манифестных проявлений и клинические особенности. Поздняя шизофрения и онейроидные состояния встречаются чаще при ее сочетании с алкогольным делирием, чем при шизофрении, коморбидной с алкоголизмом. У этих больных она представлена параноидной формой и протекает более благоприятно, чем шизофрения с манифестацией заболевания до 39 лет, где повышена частота простой формы.

О.А. Двирський

ОНТОГЕНЕТИЧНІ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОФРЕНІЇ, КОМОРБІДНОЇ З ЛЮЦИДНИМ АЛКОГОЛІЗМОМ І АЛКОГОЛЬНИМ ДЕЛІРІЄМ

Кримський медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Україна

У 176 хворих, які перенесли алкогольний делірій, пізня шизофренія (29,0%) і онейроїдні стани (10,2%) спостерігалися частіше, ніж у 217 хворих на шизофренію коморбідну з алкоголізмом, де вони склали відповідно 9,7% і 3,7%. Пізня шизофренія була уявлена тільки параноїдною формою у 21 хворих з люцидним алкоголізмом і у 51 хворих з алкогольним делірієм. У цих хворих шизофренічний процес протікав більш сприятливо, ніж при його початку в віці до 39 років у 196 хворих на шизофренію коморбідну з алкоголізмом і у 125 хворих на шизофренію, які перенесли алкогольний делірій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 61-64)

A.A. Dvirsky

ONTOGENETICAL AND CLINICAL PECULIARITIES OF SCHIZOPHRENIA COMORBIDED WITH LUCID ALCOHOLISM AND ALCOHOL DELIRIUM

Crimean Medical University, Simferopol

In 176 schizophrenic patients who had alcohol delirium, late schizophrenia (29,0%) and oneiroid states (10,2%) were seen more often than in 217 patients with schizophrenia, comorbid with alcoholism, where they consisted 9,7 and 3,7% accordingly. Late schizophrenia was represented only paranoid form in 21 patients with lucid alcoholism and in 51 patients with alcohol delirium. Its course with late schizophrenia was more favorable as comparatively 196 patients where schizophrenia comorbid with alcoholism and 125 patients with schizophrenia combined with alcoholic delirium with onset of disease before 39 years. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 61-64)

Литература

1. Березовский М. О влиянии возраста заболевания на исход первичных дефект - психозов. Дисс. Юрьев, 1909.
2. Гурович И.Я. Шизофрения, возникающая в периоде инволюции: Автореф дис... канд. мед наук: - М., 1965. - 26 с.
3. Двирский А.А. Сахарный диабет как фактор позднего начала шизофрении и ее благоприятного течения //Журн. психиатрии и медицинской психологии. - 1997. - №1 (3). - С. - 74 - 77.
4. Двирский А.А. О роли генетических факторов в проявлении алкогольного делирия //Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова- 1999. - Т. 99. - №10. - С. 48 - 50.
5. Концевой В.А. Поздняя шизофрения //Руководство по психиатрии. В 2 томах. /Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - С. 493 - 495.
6. Международная классификация болезней (10 - й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Пер. на русск. под ред Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб, 1994. - 300 с.
7. Михлин В.М., Бурбуля Е.А. Препсихотический период у больных шизофренией, впервые возникающей и обостряющейся в позднем возрасте //Журн. невропатол. и психиатр. 1980. - №5. - С. 726 - 731.
8. Морозов Г.В., Анохина И.П. Этиология и патогенез алкоголизма /Алкоголизм: Руководство для врачей /Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Т.А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. - С. 210 - 224.
9. Хелме Р. Двигательные расстройства - Неврология - /Под ред. Р. Самуэльса: Пер. с англ. М.: Практика, 1997. - С. 470 - 505.
10. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование./Под ред. А.В. Снежневского. - М.: Медицина, 1972. - С. 107 - 159.
11. Штернберг Э.Я. Возрастной аспект шизофрении в свете длительных катамнезов //Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте /Под ред. Э.Я. Штернберга. - М.: Медицина, 1981. - С. 162 - 171.
12. Юдин Т.И. Психопатические конституции. - М.: Изд - во М. и К. Сабашниковых. 1926. - 166 с.
13. Bleuler M. Die Spatschizophrenen Krankheitsbilder // Fortschr. Neurol. Psychiat., 1943. - Bd.15. - S. 259 - 290.
14. Goldstain J. Sex differences in schizophrenia: epidemiology, genetics and brain //International review of psychiatry. - 1997. - №9. - P. 399 - 408.
15. Gordis E. The genetics of alcoholism //Alcohol alert/ - 1995. - №18. - P. 357 - 360.
16. Holden R.J. Schizophrenia, suicide and the serotonic story. (Review) //Medical Hypotheses. - 1995. - Vol. 44, №5. - P. 379 - 391.
17. Kaplan H., Sadock B. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8 th edition - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.
18. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. - 5 Auf. 1896.
19. Lishman W.A. Organic psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder //Blackwell scientific publicis - Boston: Mass, 1978. - P. 707 - 712.

Поступила в редакцию 14.10.2000г.

УДК 616.89 — 008.441.13: 615.212.7: 340.67

*П.Т. Петрюк, А.В. Канищев, В.В. Коваленко, В.М. Шевельов***НАРКОТИЧНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПРЕПАРАТУ, ВИГОТОВЛЕНОГО КУСТАРНИМ ШЛЯХОМ ІЗ КАПСУЛ «ЕФЕКТ» ТА «КОЛДАКТ» (КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ В СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ)**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська міська клінічна психіатрична лікарня № 15, Україна

Ключові слова: наркотична залежність, катинон, «Ефект», «Колдакт», судово-психіатрична експертиза.

На фоні постійного зростання розповсюдження наркотизму в Україні останнім часом спостерігається поява нових, практично невідомих раніше форм наркотичної залежності, відзначається застосування з аддиктивною метою нових наркотичних речовин, серед яких зростає питома вага синтетичних та напівсинтетичних препаратів [1]. Одним із таких нових видів наркотизму, що виник та набув суттєвого поширення в останні 2 роки, є залежність від психостимулятора, який виготовлюється кустарним шляхом із капсул «Ефект» та «Колдакт» — лікарських засобів протизапальної дії, дозволених для використання на території України [1, 2, 3]. Зазначені препарати містять фенілпропаноламіну гідрохлорид (симпатомиметик, що за своєю хімічною структурою та фармацевтичною дією наближається до ефедрину) та хлорфеніраміну малеат (антигістамінний засіб). Фенілпропаноламін, як показали експериментальні дослідження, не має наркотичного потенціалу та не створює небезпеки в плані формування залежності [4]. Однак, по аналогії з кустарним способом одержання ефедрону («джефу», або «мульки») з ефедрину, із фенілпропаноламіну при нескладній обробці одержується катинон (норепедрон) [1], — наркотична речовина, яка підлягає спеціальному контролю відповідно до законодавства України.

Катинон вперше було знайдено в листях кату (*Catha ebulis*), що росте та вживається як психостимулятор переважно в Східній Африці [5, 6]. Як виявлено, катинон є нестійкою сполукою і міститься лише в свіжезібраних рослинах кату. В 1978 році в лабораторії ВООЗ катинон був одержаний синтетичним шляхом. Відзначалось, що в зв'язку із можливістю такого синтезу катинон являє собою серйозну небезпеку [7], але до появи перших повідомлень про аддиктивне застосування речовини, виготовленої з капсул «Ефект» та «Колдакт» [2, 3] в літературі були

відсутні дані про випадки зловживання синтетичним катиноном. Отже, вживання зазначеного кустарного препарату не має аналогів в наркологічній практиці і являє собою якісно новий феномен наркотизму останніх років.

Під нашим спостереженням знаходилось 15 хворих на наркоманію, викликаною внутрішньовенним вживанням катинону, кустарно одержаного з препаратів «Ефект» та «Колдакт». Ці хворі проходили судово-психіатричну експертизу в міжобласному центрі судово-психіатричних експертиз при Харківській міській клінічній психіатричній лікарні № 15 з 1999 по 2001 роки. Проводилось клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження пацієнтів, а також експертний аналіз медичної документації та матеріалів кримінальних справ. Усі підекспертні були чоловіки, віком від 14 до 28 років. Вони були притягнені до кримінальної відповідальності за звинуваченням в незаконному зберіганні наркотиків (стаття 229—6 КК України — 4 особи) та корисних злочинах проти державної та індивідуальної власності (статті 81, 140, 141 КК України — 11 осіб). Стаж вживання даного препарату у підекспертних становив від 6 місяців до 2 років.

11 із 15 хворих до початку вживання катинону вже мали знайомство із внутрішньовенним вживанням наркотичних речовин (екстракційний опій, ефедрон, первитин); решта хворих вживали препарати коноплі, пробували інгаляції клею «Момент». Найчастіше їх поведінка носила характер «пошукового полінаркотизму». Після перших проб катинону його вживання досить швидко набувало характер систематичного, підекспертні пояснювали це відносною дешевизною «Ефекту» чи «Колдакту» та інших інгредієнтів для кустарного виготовлення наркотиків, а також вільним продажем їх в аптеках. Початкова доза в більшості випадків виготовлялась з 10 капсул «Ефекту» або «Колдакту», у підекспертних мо-

лодшого віку вона була дещо меншою. В процесі кустарного виготовлення препарату застосовувались значні дози перманганату калію, підекспертні відміряли його приблизно, за допомогою порожніх оболонок від капсул або кришок від аптечної тари перманганату калію.

Слід відмітити деякі особливості наркотичної дії препарату та становлення наркотичної залежності. Власне наркотична дія оцінювалась хворими як досить слабка в порівнянні з іншими стимуляторами, в тому числі ефедронам. Її тривалість також була незначною — до 2 годин. Усі підекспертні відмічали, що препарат, виготовлений з «Ефекту» або «Колдакту», дає при внутрішньовенному введенні, на відміну від інших наркотиків стимулюючої дії, лише «прихід», який не супроводжується наступною характерною стадією сп'яніння — «кайфом». Було характерним виражене відчуття дискомфорту наприкінці стану сп'яніння — як правило, у вигляді депресії, головного болю. Враховуючи те, що у багатьох підекспертних вже був досвід внутрішньовенного вживання наркотиків, в тому числі стимуляторів, такі відомості щодо специфіки катинонового сп'яніння можна вважати досить достовірними.

По мірі систематизації вживання наркотика разова доза практично не збільшувалась, однак стабільно зростала частота вживання: від 2—3 до 8 і більше разів на добу; відповідно для виготовлення добової дози було необхідно до 60 капсул «Ефекту» або «Колдакту». Повторні ін'єкції протягом дня підекспертні пояснювали короткочасністю дії наркотика та неприємними відчуттями після закінчення «приходу»; знайомі, що вживали цей наркотик протягом більш тривалого часу, «навчали» їх знімати ці відчуття повторно ін'єкцією. Циклічний характер зловживання відзначався тільки на перших його порах, потім проміжки між наркотичними «запоями» ставали дедалі коротшими; такі проміжки виникали вже не стільки через виснаження від безперервної наркотизації, а мали скоріше ситуаційно обумовлений характер (відсутність грошей на придбання інгредієнтів тощо). Отже, при вживанні кустарно виготовленого катинону характер наркотизації втрачав характерні для внутрішньовенного вживання усіх психостимуляторів риси циклічності; форма вживання, таким чином, наближалась до постійної.

Спонтанних ремісій у досліджених підекспертних не спостерігалось. Характерна також практична відсутність «світлих проміжків». Хворі майже не повідомляли про спроби самостійно

покинути вживання наркотика.

Як правило, на 3—4 місяці постійного зловживання у хворих починали відмічатися неврологічні розлади у вигляді порушень мовлення та ходи. Однак і це в більшості випадків також не призводило до звертання за медичною допомогою. Із 15 хворих, що знаходились під нашим спостереженням, тільки 2 пацієнта звертались по медичну допомогу з приводу наркотичної залежності (один з них звернувся до нарколога лише після притягнення до кримінальної відповідальності, аби уникнути примусового лікування від наркоманії), але лікування виявилось безрезультатним: навіть після медикаментозної терапії та тривалого перебування в закритому наркологічному відділенні ці пацієнти невдовзі після виписки продовжили вживання наркотика.

При відсутності наркотика досліджені підекспертні відмічали у себе депресію, нервозність та загальний дискомфортний стан, який з трудом піддався опису.

Серед обстежених 4 особи вже раніше потрапляли до поля зору психіатрів: 3 — з приводу легкої розумової відсталості, 1 — з приводу психічного інфантилізму. На наркологічному обліку знаходився лише 1 хворий.

Формальним приводом для призначення дослідженим пацієнтам судово-психіатричної експертизи були виявлені на попередньому слідстві або в ході судового засідання факти вживання наркотичних речовин, облік в психіатричному диспансері (у 4 вищезгаданих хворих). Лише в 1 випадку в постанові про призначення судово-психіатричної експертизи суддя зазначив, що «підсудний складає враження людини, що погано розуміє події, його нерозбірливе мовлення, емоційна загальмованість та дивакувата поведінка дають підстави сумніватися в тому, що він повною мірою усвідомлює свої дії та керує ними».

В ході проведення обстеження у хворих виявлялися численні сліди, що характерні для немедичних внутрішньовенних ін'єкцій, — на передпліччях, по ходу поверхневих вен («дороги»), а іноді і специфічні рубці типу «шахт» від багатократного доступу до пахвових та стегнових вен. У декількох підекспертних були виявлені також сліди від абсцесів на передпліччях.

Характерною була виражена неврологічна симптоматика: порушення координації рухів, пропульсія та ретропульсія, утруднення при зміні положення тіла, практична відсутність спонтанних рухів, маскоподібний вираз обличчя, дизартрія та гіпофонія, іноді — провисання м'якого піднебіння, тремор пальців рук.

В цілому підекспертні досить охоче бесідували із лікарем. Як правило, вони не робили ніяких спроб приховати наркотичну залежність. Тільки 2 підекспертних намагались переконати лікаря в тому, що вживали «Ефект» та «Колдакт» лише декілька разів, або в тому, що у них в минулому була залежність, «система», а потім вони покинули це. Такі спроби захисту були очевидно неспроможними і досить швидко припинялись підекспертними. В 3 випадках порушення мовлення та міміки були настільки вираженими, що значно утруднювали мовний контакт з підекспертними. Їх мовлення було виражено дизартричним, між словами вони робили помітні паузи. При цьому хворі намагались виразними жестами та кивками голови підтримувати бесіду, розуміли питання та відповідали на них по суті, адекватно реагували на емоційний тон бесіди.

Досліджені пацієнти не могли зрозуміло описати свій стан після введення наркотику, відчуття від цього вони характеризували досить коротко: «якась приємна слабкість», «заспокоєння». Але перше згадування в бесіді про вживання наркотику викликало у пацієнтів помітне емоційне похваллення, на обличчі з'являлась посмішка. Вони з легкістю судили про вживання наркотику, також з посмішкою та певною бравадою демонстрували сліди від ін'єкцій. Але в цілому відношення до стану свого здоров'я було адекватним; підекспертні цікавились, чи покращиться їх стан; з деякою іронією відзначали, що «сторчалися». Попереднє враження зниження інтелекту та критичності до свого стану в ході обстеження швидко розвіювалося; при дослідженні за допомогою тесту Векслера їх інтелект відповідав зоні низької норми або межового рівня. Виняток становили 3 хворих із легкою розумовою відсталістю, а також один пацієнт, у якого токсична енцефалопатія супроводжувалась помітним порушенням пам'яті, зниженням рівня суджень та кругозору, що змусило експертну комісію встановити у нього легке інтелектуально-мнестичне зниження.

У жодного з досліджених підекспертних не було відзначено будь-яких психотичних проявів — як за анамнестичними даними, так і при дослідженні в експертному відділенні. Не спостерігалось також і виражених афективних порушень. Хоча деякі підекспертні відмічали, що вживали наркотики безпосередньо перед надходженням до експертного відділення, у жодного з них не спостерігалось виражених абстинентних проявів, суб'єктивні скарги вичерпувались деякою «нервозністю».

Діагноз наркоманії (синдром залежності від

стимуляторів — F 15.2 у відповідності до МКХ-10) був встановлений всім 15 підекспертним. За висновками експертної комісії, всі вони за своїм психічним станом могли стати перед слідством та судом, могли усвідомлювати свої дії та керувати ними під час скоєння інкримінованих їм правопорушень. У відношенні всіх без винятку підекспертних було рекомендовано застосування лікування від наркоманії, без будь-яких протипоказань та обмежень.

Таким чином, наркотична залежність внаслідок внутрішньовенного вживання катинону, виготовленого із препаратів «Ефект» та «Колдакт», характеризується високою злоякісністю, швидким темпом формування залежності та більшою масивністю наркотизації, що співпадає із даними попередніх досліджень [2, 3]. Це є дещо несподіваним, адже катинон поступається ефедронові силою наркотичної дії [5]. Досліджені нами хворі відзначали як слабку інтенсивність дії наркотику, так і меншу тривалість його дії в порівнянні з ефедромом. Але, на наш погляд, саме «слабкість» катинону, короткочасність його дії, відсутність другої специфічної стадії наркотичного сп'яніння — «кайфу», а також досить неприємні явища по виході із стану сп'яніння парадоксальним чином зумовлюють підвищення частоти вживання препарату: він вводиться лише для досягнення «приходу», а також для усунення суб'єктивно важких явищ, що виникають після закінчення дії наркотику. Це призводить до значно більшої частоти наркотизації та вищої добової дози споживаної речовини.

Клінічна характеристика пацієнтів, які вживають даний препарат, не вичерпується проявами наркотичної залежності. На перший план виходять ознаки тяжкого органічного ураження головного мозку. Походження органічної церебральної симптоматики пов'язується як із токсичним впливом основної діючої речовини, так і з наявністю побічних токсичних продуктів, передусім — сполук марганцю [2, 3]. У споживачів кату, що містить «природний» катинон, такі порушення не описуються [5, 7]. Отже уявляється, що марганець є єдиним фактором, здатним викликати таке раннє та масивне ураження мозку. В літературі є детальні описи характерних для марганцевого отруєння неврологічних (передусім екстрапірамідних, паркінсоноподібних) порушень [8]. Окрім цього, наводяться описи типових психопатологічних проявів хронічної марганцевої інтоксикації — специфічних афективних та когнітивних розладів [9]. Тотожність описаних порушень тим, що спостерігаються при зловживанні

кустарною наркотичною сумішшю із препаратів «Ефект» та «Колдакт», здається досить очевидною. При цьому, однак, виникає питання: чому при ідентичності кустарних технологій виготовлення катинону (з «Ефекту» або «Колдакту») та ефедрону (з препаратів, що містять ефедрин), в першому випадку наявність тяжкої екстрапірамідної симптоматики є правилом, а в другому зустрічається лише в окремих випадках [10, 11]. На нашу думку, цьому існує декілька пояснень. По-перше, необхідність екстрагувати ефедрин з інших лікарських форм (теофедрин, солутан тощо) вимагала від споживачів ефедрону більш скрупульозного дотримання «рецептури»; до того ж, споживачі ефедрону, за нашими спостереженнями, мали дещо вищий рівень інтелекту та соціальної адаптації. Але, найголовніше, сама специфіка форми внутрішньовенного вживання катинону — значне підвищення добових доз та кратності ін'єкцій, практично постійний характер наркотизації, відсутність ремісій та «світлих проміжків», — обумовлює надходження разом із наркотиком колосальних доз марганцю.

Марганцеве отруєння може стати і ланкою в патогенетичному ланцюгу формування такої зло-

якісної залежності. Як відомо, розвиток екстрапірамідних порушень при хронічних марганцевих інтоксикаціях реалізується через систему моноамінових нейромедіаторів [12].

Легка розпізнаваність та типовість описаних клінічних проявів обумовлює відсутність особливих труднощів в діагностиці наркоманії у таких пацієнтів в експертних умовах. Слід також враховувати можливість наявності у них виражених когнітивних порушень (як наслідок токсичної енцефалопатії), що має знайти відображення в експертному висновку. Оскільки вживання з аддиктивною метою катинону, виготовленого з «Ефекту» та «Колдакту», набуло широкого розмаху і зберігається, незважаючи на деякі обмеження в продажу цих препаратів, існує ймовірність появи через деякий час хворих із вираженим інтелектуально-мнестичним зниженням і навіть органічною деменцією, що неодмінно матиме значення в практиці судово-психіатричної експертизи.

Безперечно, наркотична залежність від препарату, виготовленого згаданим шляхом із капсул «Ефект» та «Колдакт» потребує подальшого клінічного вивчення та розробки критеріїв її судово-психіатричної оцінки.

П. Т. Петрюк, А. В. Канищев, В. В. Коваленко, В. М. Шевелёв

НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПРЕПАРАТА, ИЗГОТОВЛЯЕМОГО КУСТАРНЫМ СПОСОБОМ ИЗ КАПСУЛ «ЭФЕКТ» И «КОЛДАКТ» (КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ)

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковская городская клиническая психиатрическая больница № 15, Украина

Было проведено обследование 15 больных с наркотической зависимостью вследствие внутривенного употребления катинона, кустарно изготовленного из капсул «Эффект» или «Колдакт» — препаратов, содержащих фенилпропаноламин. Эти больные проходили судебно-психиатрическую экспертизу в связи с привлечением к уголовной ответственности. Исследование выявило специфические признаки, характерные для злоупотребления кустарным катиноном: необычайно массивный характер наркотизации, значительное повышение суточных доз, быстрое формирование зависимости, практически постоянная форма употребления (в отличие от всех остальных наркотиков стимулирующего действия). Характерной особенностью у обследованных пациентов было раннее формирование тяжелых экстрапирамидных расстройств. Приводится описание типичных для данного вида наркотической зависимости психопатологических проявлений. В одном случае злоупотребление кустарным катиноном привело к формированию выраженной токсической энцефалопатии с легким интеллектуально-мнестическим снижением. Все 15 подэкспертных были признаны вменяемыми. По мнению авторов, основной причиной такого раннего формирования неврологических и психических (эмоциональных и когнитивных) расстройств является токсическое воздействие соединений марганца (при кустарном изготовлении катинона в значительных количествах используется перманганат калия). Авторы считают, что вскоре возможно появление больных с выраженными когнитивными нарушениями и даже органической деменцией вследствие употребления катинона, изготовленного из препаратов, содержащих фенилпропаноламин. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2001. - № 1 (8). - С. 65-69)

**CHEMICAL DEPENDENCE DUE TO ABUSE OF THE HOMEMADE SUBSTANCE,
OBTAINED FROM MEDICINES «EFFECT» AND «COLDACT» (CLINICAL
PECULIARITIES IN PRACTICE OF FORENSIC PSYCHIATRY)**

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv Municipal Clinical Psychiatric
Hospital № 15, Ukraine

The study was conducted to investigate 15 patients with chemical dependence due to intravenous use of cathinone (made from phenylpropanolamine-containing over-the-counter medicine «Effect» or «Coldact»). These patients underwent forensic psychiatric examination because of their criminal accusation. The investigation estimated specific features of homemade cathinone abuse, such as extremely massive character of injections, considerable day dose increase, fast development of dependence, virtually continuous pattern of abuse (in contrast to all other stimulant drugs). Early onset of severe extrapyramidal disorders was found to be the distinctive feature of observed patients. Specific psychopathological symptoms of these patients are documented. In one patient cathinone abuse caused marked toxic brain injury and, as a consequence, mild cognitive disorder. All 15 patients were declared to be responsible. In authors' opinion, the main cause of early neurological and mental (emotional and cognitive) disorders is the toxic action of manganese compound (potassium permanganate) that is used in large amounts in the process of homemade preparation of cathinone. Authors suggest that in the near future psychiatrists and forensic experts can meet more prominent cognitive impairments (up to dementia) in users of cathinone, made from phenylpropanolamine-containing medicines. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 65-69)

Література

1. Кузьминов В. Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий на Украине и в Харьковской области // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева и И. П. Рущенко. — Х.: Торсинг, 2000. — С. 159—193.
2. Волошина Н. П., Тайцлин В. И., Линский И. В., Богданова И. В., Кузьминов В. Н. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8, в. 2. — С. 74—76.
3. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. Казуистика аддиктивного инъекционного самовведения психоактивной субстанции, получаемой кустарно-химической модификацией официального препарата «Эффект» («Колдакт») // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, в. 1. — С. 69—72.
4. Chait L. D., Uhlenhuth E. H., Johanson C. E. Phenylpropanolamine: reinforcing and subjective effects in normal human volunteers // Psychopharmacology. — 1988. — Vol. 96, № 2. — P. 212—217.
5. Брагин Р. Б., Брагина А. И. Характеристика соматических нарушений при употреблении б-аминокетонных стимуляторов // Роль сосудистого фактора в генезе нервных и психических заболеваний: Сборник научных трудов. — Х.: Б. и., 1988. — С. 59—63.
6. Kalix P. The pharmacology of psychoactive alkaloids from ephedra and catha // Journal of Ethnopharmacology. — 1991. — Vol. 32, № 1—3. — P. 201—208.
7. Брагин Р. Б. Эпидемиологический аспект интоксикационных психозов у жевателей листьев ката // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: Республиканский сборник научных трудов. — М.: Б. и., 1986. — С. 142—146.
8. Rosenstock H. A., Simons D. G., Meyer J. S. Chronic manganism. Neurologic and laboratory studies during treatment with levodopa // JAMA. — 1971. — Vol. 217, № 10. — P. 1354—1358.
9. Израэль Е. Н. Психические нарушения при хронической марганцевой интоксикации // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — Т. 81, в. 2. — С. 105—108.
10. Лукачер Г. Я., Врублевский А. Г., Ласкова Н. Б., Рохлина М. Л., Марсакова Г. Д., Власова И. Б., Чуркина Н. Е. Эфедрановая наркомания // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Т. 87, в. 5. — С. 751—757.
11. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
12. Рыжкова М. Н., Тарасова Л. А. О патогенезе и лечении марганцевого паркинсонизма // Гигиена труда и профессиональные заболевания. — 1975. — № 11. — С. 31—34.

Поступила в редакцию 3.06.2001г.

УДК 616.89—02:612.014.482

*К.Н. Логановский***НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ**

Научный центр радиационной медицины АМН Украины, Киев

Ключевые слова: биологическая психиатрия, радиационная медицина, авария на Чернобыльской АЭС, компьютерная электроэнцефалография, лимбическая система, синдром хронической усталости

Нейропсихиатрические последствия Чернобыльской катастрофы продолжают оставаться одной из наиболее противоречивых областей как в нейронауках, так и радиационной медицине. Известно о стремлении ряда международных организаций и исследователей трактовать их как исключительно «социально-психологические» и «социально-стрессовые» [1], игнорируя роль радиологических и других последствий самой аварии на ЧАЭС.

Вместе с тем, новые эпидемиологические данные о связи заболеваемости нейропсихиатрическими расстройствами и дозой облучения как вследствие атомных бомбардировок Хиросимы и Нагасаки [2,3], так и Чернобыльской катастрофы [4–6], заставили мировое сообщество начать уделять должное внимание именно нейропсихиатрическим эффектам ионизирующих излучений.

Наши лонгитудинальные проспективные исследования свидетельствуют о неуклонном росте распространенности как болезней нервной системы, так и психических расстройств у персонала Чернобыльской зоны отчуждения. При этом распространенность нервно-психических расстройств у персонала увеличивается с ростом дозы облучения: если при дозах менее 0,25

Зв распространенность составляла 214 на 1000 работающих, то при дозах более 0,25 Зв — 805 на 1000 ($p < 0,001$) [7]. Результаты обследования в 1999–2001 г. случайной выборки персонала «Объекта «Укрытие» оказались поразительными: у 68% диагностировали дисциркуляторную энцефалопатию, а у 45% — органическое депрессивное расстройство и др. [7]. Опасность сложившейся ситуации заключается в возможности суицидального или иного неадекватного поведения персонала, которое может привести к новой радиоэкологической катастрофе.

Поэтому на настоящем этапе — закрытия ЧАЭС и преобразования «Объекта «Укрытие» в радиоэкологически безопасный объект — психиатры вновь оказались востребованными в радиационной медицине. Сегодня можно поставить знак равенства между радиационной безопасностью и охраной психического здоровья. Для обеспечения эффективной психопрофилактики и психореабилитации облученных необходимо раскрытие патофизиологических механизмов, лежащих в основе формирования психических расстройств.

Целью настоящей работы было охарактеризовать нейрофизиологические нарушения, лежащие в основе развития психопатологии после воздействия ионизирующих излучений.

Объект и методы исследования

Дизайн исследования — проспективное (1990–2001 гг.) клинико-нейрофизиологическое исследование с наличием параллельных групп.

Группы пациентов:

1. Пациенты, перенесшие острую лучевую болезнь (ОЛБ), $n=119$, 112 (94%) мужчин, средняя поглощенная доза облучения ($\pm SD$) — $2,27 \pm 1,17$ Гр, возраст на момент обследования — $47 \pm 9,6$ лет.

2. Ликвидаторы 1986–1987 гг., $n=413$, 385

(93%) мужчин, средняя поглощенная доза облучения ($\pm SD$) — $0,48 \pm 0,41$ Гр, возраст на момент обследования — $45,9 \pm 9,2$ года.

3. Ветераны войны в Афганистане с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы и PTSD, $n=105$, 99 (94%) мужчин, средняя поглощенная доза облучения — на уровне природного фона радиоактивности, возраст на момент обследования — $43,4 \pm 12,1$ года.

4. Ветераны войны в Афганистане с послед-

ствиями PTSD, n=64, 61 (95%) мужчина, средняя поглощенная доза облучения — на уровне природного фона радиоактивности, возраст на момент обследования — 44,1±13,5 года.

5. Пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией, n=74, 67 (90%) мужчин, средняя поглощенная доза облучения — на уровне природного фона радиоактивности, возраст на момент обследования — 46,7±9,7 года.

6. Практически здоровые лица, n=132, 121 (92%) мужчина, средняя поглощенная доза облучения —

на уровне природного фона радиоактивности, возраст на момент обследования — 44,1±11,9 года.

Методы исследования:

1. Клинические (неврологические и психиатрические)

2. Патопсихологические и психометрические

3. Нейрофизиологические (конвенциональная и компьютерная ЭЭГ) с использованием 16-канального анализатора биопотенциалов головного мозга «Brain Surveyor», SAICO (Италия).

4. Статистические.

Результаты исследования и их обсуждение

Нейропсихиатрические последствия ОЛБ характеризуются увеличением частоты встречаемости органического поражения головного мозга, которое вначале характеризовали как «дисциркуляторную энцефалопатию», а начиная с 1996 г. — «пострадиационную» или «пострадиационную дисциркуляторную энцефалопатию». В первые послеаварийные годы всем пациентам, перенесшим

ОЛБ, диагностировали лишь вегетососудистую дистонию. Начиная с 1990–1991 гг. отметили статистически достоверный рост органического поражения ЦНС, особенно после наиболее тяжелой ОЛБ. В настоящее время всем пациентам, перенесшим ОЛБ, диагностированы органические психические расстройства (пострадиационная или пострадиационная дисциркуляторная энцефалопатия).

Таблица 1

Динамика структуры психических расстройств у пациентов, перенесших острую лучевую болезнь в 1986 г.

Психическое расстройство (МКБ-10)	1990–1996 (n=61)	χ^2	p	1997–2001 (n=101)
Деменция (F02.8)	1 (1,6%)	0,28	>0,05	3 (3%)
Органическое бредовое расстройство (F06.2)	1 (1,6%)	0,02	>0,05	2 (2%)
Органическое депрессивное расстройство (F06.32)	5 (8,2%)	0,02	>0,05	9 (8,9%)
Органическое тревожное расстройство (F06.4)	1 (1,6%)	0,28	>0,05	3 (3%)
Органическое астеническое расстройство (F06.6)	11 (18%)	4,12	<0,05	33 (32,7%)
Апатическое органическое расстройство личности (F07.0)	9 (14,8%)	11,9	<0,001	41 (40,6%)
Лабильное органическое расстройство личности (F07.0)	1 (1,6%)	0,13	>0,05	1 (1%)
Параноидное органическое расстройство личности (F07.0)	1 (1,6%)	1,17	>0,05	5 (5%)
Эйфорическое органическое расстройство личности (F07.0)	1 (1,6%)	0,02	>0,05	2 (2%)
Эксплозивное органическое расстройство личности (F07.0)	—	0,61	>0,05	2 (2%)
Смешанное органическое расстройство личности (F07.0)	1 (1,6%)	1,67	>0,05	—
Злоупотребление алкоголем (F10)	1 (1,6%)	0,68	>0,05	4 (4%)
Шизофрения (F20)	1 (1,6%)	0,13	>0,05	1 (1%)
Шизотипическое расстройство (F21)	4 (6,6%)	0,54	>0,05	10 (9,9%)
Дистимия (F34.1)	6 (9,8%)	0,84	>0,05	6 (5,9%)
Соматоформные расстройства (F45)	22 (36,1%)	26,5	<0,001	5 (5%)
Гистрионическое расстройство личности (F60.4)	1 (1,6%)	0,02	>0,05	2 (2%)
Ананкастное расстройство личности (F60.5)	2 (3,3%)	0,05	>0,05	4 (4%)
Стойкое изменение личности после перенесенного катастрофического переживания (F62.0)	8 (13,1%)	0	>0,05	13 (12,9%)
Коморбидность	16 (26,2%)	5,44	<0,05	45 (44,6%)

Динамика психических расстройств у пациентов перенесших ОЛБ (табл. 1) характеризуется:

1) изменением структуры за счет уменьшения ($p < 0,001$) соматоформных расстройств и увеличения ($p < 0,001$) расстройств органического спектра (особенно апатического варианта орга-

нического расстройства личности ($p < 0,001$) и органического эмоционально лабильного расстройства ($p < 0,05$);

2) увеличением коморбидности психических расстройств ($p < 0,05$).

Динамика психических расстройств у ликвидаторов 1986-1987 гг. приведена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика структуры психических расстройств у ликвидаторов 1986-1987 гг.

Психическое расстройство (МКБ-10)	1990–1995 (n=262)	χ^2	p	1996–2001 (n=162)
Деменция (F02.8)	2 (0,8%)	1,02	>0,05	3 (1,9%)
Органический неалкогольный амнестический синдром (F04)	3 (1,1%)	1,08	>0,05	4 (2,5%)
Органический галлюциноз (F06.0)	—	1,62	>0,05	1 (0,6%)
Органическое бредовое расстройство (F06.2)	2 (0,8%)	4,62	<0,05	6 (3,7%)
Органическое депрессивное расстройство (F06.32)	6 (2,3%)	25,51	<0,001	25 (15,4%)
Органическое тревожное расстройство (F06.4)	1 (0,4%)	6,8	<0,01	6 (3,7%)
Органическое астеническое расстройство (F06.6)	79 (30,2%)	2,25	>0,05	38 (23,5%)
Апатическое органическое расстройство личности (F07.0)	7 (2,7%)	58,64	<0,001	45 (27,8%)
Лабильное органическое расстройство личности (F07.0)	1 (0,4%)	6,8	<0,01	6 (3,7%)
Параноидное органическое расстройство личности (F07.0)	3 (1,1%)	4,38	<0,05	7 (4,3%)
Эйфорическое органическое расстройство личности (F07.0)	2 (0,8%)	0,03	>0,05	1 (0,6%)
Эксплозивное органическое расстройство личности (F07.0)	2 (0,8%)	6,1	<0,05	7 (4,3%)
Смешанное органическое расстройство личности (F07.0)	8 (3,1%)	1,63	>0,05	9 (5,6%)
Злоупотребление алкоголем (F10)	9 (3,4%)	3,36	<0,05	12 (7,4%)
Шизофрения (F20)	2 (0,8%)	10,6	<0,01	10 (6,2%)
Шизотипическое расстройство (F21)	19 (7,3%)	0,03	>0,05	11 (6,8%)
Шизоаффективные расстройства (F25)	—	3,25	>0,05	2 (1,2%)
Дистимия (F34.1)	6 (2,3%)	0,6	>0,05	2 (1,2%)
Соматоформные расстройства (F45)	133 (50,8%)	106,7	<0,001	4 (2,5%)
Гистрионическое расстройство личности (F60.4)	6 (2,3%)	0,01	>0,05	4 (2,5%)
Ананкастное расстройство личности (F60.5)	8 (3,1%)	0	>0,05	5 (3,1%)
Стойкое изменение личности после перенесенного катастрофического переживания (F62.0)	26 (9,9%)	0,19	>0,05	14 (8,6%)
Коморбидность	63 (24%)	6,12	<0,01	57 (35,2%)

Динамика психических расстройств у ликвидаторов 1986-1987 гг. характеризуется:

- изменением структуры за счет:
- резкого уменьшения соматоформных расстройств ($p < 0,01$);
- увеличения расстройств органического спектра — вариантов *органического расстройства личности*, особенно апатического ($p < 0,001$), а также параноидного ($p < 0,05$), лабильного ($p < 0,01$) и эксплозивного ($p < 0,05$); *депрес-*

сивных ($p < 0,001$), тревожных ($p < 0,01$) и бредовых ($p < 0,05$) (шизофреноподобных) органических расстройств;

- увеличения злоупотребления психоактивными веществами, преимущественно алкоголем ($p < 0,05$);

- увеличения случаев шизофрении (с 2(0,8%) до 10 (6,2%) ($p < 0,01$);

2) увеличением коморбидности психических расстройств ($p < 0,01$).

Нами ранее было показано, что у ликвидаторов, облученных в малых дозах (до 0,3–0,5 Гр), нейропсихиатрические расстройства, диагностированные как «вегетативно-сосудистая» или «нейроциркуляторная дистония» в сочетании с «астеноневротическим синдромом» и неverified «остеохондрозом позвоночника», а также этиологически неясные энцефалопатии и энцефаломиелопатии соответствуют критериям «синдрома хронической усталости» (СХУ) [8,9]. При этом СХУ расценивали как лимбическую энцефалопатию, при которой вследствие комплекса «подпороговых» экзогенных воздействий развиваются нарушения основных регуляторных систем организма — нервной, эндокринной и иммунной [7–9].

В данном исследовании кроме известных клинических критериев СХУ [8] в качестве критерия исключения использовали величину поглощенной дозы более 1 Гр, то есть рассмотрено радиационное воздействие, которое не вызывает детерминистского эффекта — ОЛБ. Установлено, что в 1990–1995 гг. критериям СХУ соответствовали 156 (59,5%) обследованных ликвидаторов. Средняя величина дозы облучения (\pm SD) ликвидаторов со СХУ составила $0,32 \pm 0,12$ Гр, что соответствует предложенному нами ранее диапазону доз облучения, при котором возможно диагностировать данный синдром (до 0,3–0,5 Гр).

Впервые проведено катamnестическое (10 лет) исследование исходов СХУ у ликвидаторов. Ни у одного из них не наступило выздоровления от СХУ. «Стабильное» течение СХУ в 1996–2001 гг. выявили у 27 (17%) ликвидаторов. У подавляющего же большинства ликвидаторов расстройства, которые соответствовали СХУ спустя 5–10 лет после аварии, в дальнейшем (спустя 10–15 лет) трансформировались в клинически очерченную нервно-психическую патологию, преимущественно органического регистра, реже — расстройства шизофренического спектра.

Из 413 обследованных ликвидаторов 33 были обследованы дважды: в 1990–1995 и 1996–2001 гг. У них встречаемость и исходы СХУ оказались практически идентичными всей группе изученных ликвидаторов — СХУ присутствовал у 23 (69%) пациентов; не выздоровел никто; СХУ «остался» СХУ у 6 (26%), а трансформировался в иную нейропсихиатрическую патологию у 17 (74%). Таким образом, можно заключить, что СХУ при воздействии малых доз облучения является в подавляющем большинстве случаев лишь «этапом» формирования нейропсихиатрических расстройств и его самостоятельное но-

зологическое значение требует дальнейших исследований.

Во многом очевидно сходство концепции СХУ у ликвидаторов разрабатываемой нами концепции психосоматического патологического развития личности, которое является результатом нейроэндокринной дисфункции вследствие влияния комплекса неблагоприятных факторов [10].

Относительные риски (RR) нейрофизиологических нарушений (по критерию встречаемости паттернов ЭЭГ) наиболее высоки у пациентов, перенесших ОЛБ (RR=11,01; доверительный интервал [ДИ] 10,9–11,1) и ликвидаторов (RR=10,5 [10,4–10,6]), тогда как у ветеранов войны с посттравматической энцефалопатией и последствиями PTSD — RR=8,7 [8,5–8,9], пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией — RR=8,4 [8,2–8,6], а для ветеранов войны с последствиями PTSD — RR=5,6 [5,3–5,9]. Установлено, что после облучения возникают более выраженные нейрофизиологические нарушения, чем при хронической цереброваскулярной патологии (дисциркуляторной энцефалопатии) ($c^2=14,3-22,3$; $p<0,001$), после ЗЧМТ (посттравматическая энцефалопатия) ($c^2=14,3-22,2$; $p<0,001$), и, тем более, после стресса (PTSD) ($c^2=61,6-68,6$; $p<0,001$).

Конвенциональная ЭЭГ у облученных пациентов в 1990–1995 гг. характеризовалась преимущественно дезорганизованными паттернами с наличием пароксизмальной активности (латерализованной в левую лобно-височную область), обилием медленной и быстрой ритмики, асимметрией альфа-активности с ее депрессией в левом полушарии. Спустя 10–15 лет как у пациентов, перенесших ОЛБ, так и ликвидаторов произошла трансформация биоэлектрической активности головного мозга в виде резкого уменьшения амплитуды ЭЭГ при доминировании дельта- и бета-активности [11].

По данным компьютерной ЭЭГ, нейрофизиологический паттерн после облучения имеет свои характерные особенности, отличные как от нормы, так и клинически (особенно неврологически) сходных состояний. Эти особенности заключаются в увеличении ($p<0,001$), дельта- и бета-спектральной мощности ЭЭГ при уменьшении ($p<0,05-0,001$) тета- и альфа-мощности. Уменьшение тета-мощности особенно отчетливо проявилось в период наблюдения 1996–2001 гг.

Еще одной характерной особенностью церебральной электрической активности после облучения является межполушарная асимметрия ее топографического распределения, а именно — ла-

терализация пароксизмальной и дельта-активности в лобно-височную область левого, доминирующего, полушария [12,13]. Наиболее выраженная латерализация дельта-активности в левую лобно-височную область обнаружена у пациентов, перенесших ОЛБ

Нейрофизиологические нарушения у облученных являются этиологически гетерогенными [14], однако установлена зависимость «доза—эффект» для ряда параметров спектрального анализа ЭЭГ:

1) При облучении в дозах более 0,3 Гр отмечается латерализация дельта-активности в левую лобно-височную область, тогда как при облучении в малых дозах (менее 0,3 Гр) — в правую. При этом, латерализация дельта-активности в левую лобно-височную область ассоциирована с эндоформной, преимущественно негативной психопатологической симптоматикой, тогда как латерализация вправо — с депрессивной и тревожной [12,13].

2) Установлена линейная зависимость «доза—эффект» для спектральной мощности дельта-активности в левой височной области [14].

Полученные результаты позволяют рассматривать потенциальную возможность использования компьютерной ЭЭГ для оценки поглощенной дозы облучения.

Нейрофизиологической основой психопатологии через 5–10 лет после облучения является гиперактивация кортико-лимбической системы [11,15], при которой наблюдается:

- увеличение дельта-активности, свидетельствующее о растормаживании глубоких кортикальных и таламических нейронов вследствие угнетения ретикулярной формации и заднего гипоталамуса;

- увеличение бета-активности, свидетельствующее о дисфункции кортикокортикальных и таламокортикальных взаимодействий, относящихся к информационным процессам мозга; эпилептиформных феноменах; ингибиции влияний стволовой ретикулярной формации, приводящей к усилению влияний таламуса и хвостатого ядра на кору больших полушарий;

- дезорганизация и гиперсинхронизация альфа-активности, свидетельствующие о таламической дисфункции

- межполушарная асимметрия альфа-активности с ее депрессией в левом полушарии, свидетельствующие о гиперактивации левого полушария.

Вышеизложенное в сочетании с пароксизмальной активностью, латерализованной в левую лобно-височную область позволяет считать, что в 1990–1995 у лиц, перенесших ОЛБ и ликвидаторов 1986–1987 гг. преобладала кортико-лимбическая гиперактивация, преимущественно в левом, доминирующем полушарии.

Нейрофизиологической основой психопатологии через 10–15 лет после облучения является угнетение кортико-лимбической системы [11,15], при которой основным ЭЭГ-паттерном является плоская (низковольтная) ЭЭГ с:

- резким увеличением дельта-активности (латерализованной в левую лобно-височную область), отражающем растормаживание глубоких кортикальных и таламических нейронов вследствие угнетения ретикулярной формации и заднего гипоталамуса;

- резким диффузным увеличением бета-активности, свидетельствующим о дисфункции кортикокортикальных и таламокортикальных взаимодействий, усиление влияний таламуса и хвостатого ядра на кору больших полушарий;

- редукцией альфа-активности, указывающей на поражение коры головного мозга и дисфункцию ствола мозга;

- значительной редукцией тета-активности, свидетельствующей о кортико-лимбической, особенно гиппокампальной гипофункции.

Таким образом, нейрофизиологические нарушения, лежащие в основе психопатологии в отдаленный период после облучения, отражают органическое поражение головного мозга с метаболическими нарушениями нейронов коры головного мозга и угнетением кортико-лимбической системы, преимущественно в левом, доминирующем, полушарии.

Выявленный нейрофизиологический базис экзогенно-органических церебральных нарушений в отдаленный период после воздействия ионизирующих излучений — угнетение кортико-лимбической системы, особенно, гиппокампа — определяет разработку эффективных психофармакотерапевтических стратегий. Наряду с традиционным применением вазоактивных и ноотропных препаратов патогенетически обосновано применение средств, тропных к лимбической системе при минимуме побочных эффектов, особенно атипических антипсихотиков и антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRIs).

НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПІСЛЯ ВПЛИВУ ІОНІЗУВАЛЬНИХ ВИПРОМІНЮВАНЬ

Науковий центр радіаційної медицини АМН України, Київ

З метою вивчення нейрофізіологічних порушень, що є підставою психопатології після впливу іонізуючих випромінювань, проведено проспективне (1990–2001 рр.) дослідження з наявністю паралельних груп. Обстежені пацієнти, які перенесли гостру променевою хворобу, n=119; ліквідатори 1986–1987 рр., n=413; ветерани війни в Афганістані з наслідками закритої черепно-мозкової травми і PTSD, n=105; ветерани війни в Афганістані з наслідками PTSD, n=64; пацієнти з дисциркуляторною енцефалопатією, n=74 і практично здорові особи, n=132 з використанням клінічних, патопсихологічних і психометричних, нейрофізіологічних і статистичних методів. Динаміка психічних розладів в опромінених осіб характеризується зменшенням соматоформних розладів та збільшенням розладів органічного регістру (у тому числі депресивних) і шизофренічного спектру з домінуванням негативної психопатологічної симптоматики. Показано, що синдром хронічної втоми у ліквідаторів слід розглядати переважно як етап формування інших нейропсихіатричних розладів. Установлено, що нейрофізіологічною основою психопатології через 5–10 років після опромінення є гіперактивація кортико-лімбічної системи, переважно в лівій, домінуючій, півкулі, а через 10–15 років — відображують органічне ураження головного мозку з метаболічними порушеннями нейронів кори головного мозку і пригніченням кортико-лімбічної системи, переважно в лівій, домінуючій, півкулі. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 70-75)

K.N. Loganovsky

NEUROPHYSIOLOGICAL BASIS OF THE DEVELOPMENT OF EXOGENOUS ORGANIC CEREBRAL DISORDERS FOLLOWING EXPOSURE TO IONISING RADIATION

Research Centre for Radiation Medicine, Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kiev

The prospective (1990–2001) study with parallel groups was carried out for an investigation of neurophysiological abnormalities as the basis of psychopathology after exposure to ionising radiation. There were examined patients who had Acute Radiation Sickness, n=119; liquidators of 1986–1987, n=413; veterans of the Afghanistan war with traumatic brain injury and PTSD, n=105; veterans of the Afghanistan war with PTSD, n=64; patients with dyscirculatory encephalopathy, n=74, and practically healthy volunteers, n=132 using clinical, pathopsychological, psychometric, neurophysiological, and statistic methods. The follow up of mental disorders in irradiated patients is characterised with a decrease of somatoform disorders and an increase of organic mental disorders (including organic depressive) and schizophrenia spectrum disorders with the prevalence of negative symptoms. It was shown that Chronic Fatigue Syndrome in liquidators should be considered as a stage of other neuropsychiatric pathology formation. Neurophysiological basis of psychopathology in 5–10 years after irradiation is an overactivation of the cortical-limbic system, predominantly in the left (dominating) hemisphere; in 10–15 years — they testify to organic brain damage with metabolic abnormalities of cerebral cortex neurons together with an inhibition of the cortical-limbic system, predominantly in the left (dominating) hemisphere. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 70-75)

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства у пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС // Матер. 2-й Междунар. конфер. «Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы» / Под ред. А.И. Нягу и Г.Н. Сушкевича, Киев, 1–6 июня 1998 г. — К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. — С.434–435.
2. Studies of the mortality of atomic bomb survivors. Report 12, part II. Noncancer mortality: 1950–1990 / Y. Shimizu, D.A. Pierce, D.L. Preston, K. Mabuchi // Radiat. Res. — 1999. — Vol. 152, No 4. — P.374–389.
3. Cologne J.B., Preston D.L. Longevity of atomic-bomb survivors // Lancet. — 2000. — Vol. 356, No 9226. —P. 303–307.
4. Бузунов В.А., Страпко Н.П., Красникова Л.И. Динамика здоровья участников ЛПА на ЧАЭС // Медицинские последствия аварии на Чернобыльской атомной станции. Книга 1. Эпидемиология медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Под ред. В.А. Бузунова, И.А. Лихтарева. — К.: «МЕДЭКОЛ» МНИЦ БИО-ЭКОС, 1999. — С. 65–85.
5. Ликвидаторы Чернобыльской катастрофы: радиационно-эпидемиологический анализ медицинских последствий / В.К. Иванов, А.Ф. Цыб, С.И. Иванов м др. — М.: Галанис, 1999. — 312 с.
6. Radiation-epidemiological analysis of incidence of non-cancer diseases among the Chernobyl liquidators / V.K. Ivanov, A.M. Maksoutov, S.Yu. Chekin et al. // Health Physics. — 2000. — Vol. 78, № 5. — P. 495–501.
7. Оценка состояния здоровья персонала Чернобыльской АЭС и «Объекта «Укрытие». Медицинские проблемы при выводе Чернобыльской АЭС из эксплуатации / В.Г. Бебешко, Д.А. Базыка, А.И. Нягу, К.Н. Логановский и др. // Наукові та технічні аспекти міжнародного співробітництва в Чорнобилі / Під ред. В.М. Глигала, А.В. Косовського. — К.: Вища школа. — 2001. — Вип. 3. — С.: 570–586.
8. Логановский К.Н. Синдром хронической усталости — болезнь тысячи наименований // Укр. мед. часопис. — 1998. — Т. 5, вып. 7. — С. 6–16.
9. Loganovsky K.N. Vegetative-vascular dystonia and osteoalgetic syndrome or Chronic Fatigue Syndrome as a characteristic after-effect of radioecological disaster: the Chernobyl accident experience // Journal of Chronic Fatigue Syndrome. — 2000. — Vol. 7, № 3. — P. 3–16.
10. Напреенко А.К., Логановский К.Н. Система психиатрической помощи при радиоэкологических катастрофах и локальных войнах // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2000. — № 1(7) — С. 14–18.
11. Loganovsky K.N., Yuryev K.L. EEG patterns in persons exposed to ionizing radiation as a result of the Chernobyl accident: Part 1: Conventional EEG Analysis // Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. — 2001. — Vol. 13, No 4. — P.:441–458.
12. Loganovsky K.N., Loganovskaja T.K. At issue: Schizophrenia spectrum disorders in persons exposed to ionizing radiation as a result of the Chernobyl accident // Schizophrenia Bulletin. — 2000. — Vol. 26, № 4. — P. 751–773.
13. Логановский К.Н. Неврологические и психопатологические синдромы в отдаленном периоде воздействия ионизирующих излучений // Журн. неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2000. — Т. 100, вып. 4. — С. 15–21.
14. Психофизиологические последствия облучения / А.И. Нягу, К.Н. Логановский, К.Л. Юрьев, Л.Л. Здоренко // Int. J. Radiat. Med. — 1999. — №2. — С. 3–24.
15. Hughes J.R., John E.R. Conventional and quantitative electroencephalography in psychiatry. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. — 1999. — Vol. 11, No 2. — P. 190–208.

Поступила в редакцию 26.10.2001г.

Т.Л. Ряполова

УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОДСТВЕННИКОВ, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА БОЛЬНЫМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, качество жизни, деменция, родственники больных

Общеизвестным является изменение демографической ситуации на Земном шаре с прогнозируемым «постарением» населения. Увеличение в общей популяции лиц пожилого и старческого возраста неизбежно влечет за собой рост заболеваний, типичных для этого возраста, в том числе, деменций. Согласно данным ADSociety (1999), за период 1990-2010г.г. в развитых странах число случаев деменции возрастет с 7,4 млн. до 10,2 млн.чел. (на 32%), население в возрасте 65 лет и старше увеличится со 143 млн. до 185 млн.чел. (на 30%), а общая численность населения в этих странах увеличится лишь на 6% (с 1.143 млн. до 1.213 млн.чел.).

Наличие пожилого или старого человека в семье, особенно если он страдает слабоумием, в корне меняет психологическую ситуацию в семье. Опекать такого больного – тяжкий труд, нередко намного превосходящий силы и возможности семьи. В современных сложных социально-экономических условиях трудно рассчитывать на возможность участия в судьбе пациента медсестер или сиделок, весь груз ухода ложится на плечи близких больного, а помочь им в разъяснении правил ухода, перспектив развития заболевания, в преодолении личного и эмоционального стресса, который переживает каждый человек, находящийся рядом со слабоумным больным, который совсем недавно был нормальным человеком, к сожалению, чаще всего бывает некому, поэтому все эти проблемы оказываются практически неразрешимыми. Несколько перефразировав слова И.А. Кассирского, можно сказать, что наличие в семье больного с деменцией является «большой и многоактной драмой с большим числом действующих лиц». Родственникам, ухаживающим за таким больным, в этой драме отводится едва ли не самая существенная роль [1]. Причем эта роль далеко не эпизодическая, а скорее долговременная. Особого внимания заслуживают проблемы (состояние здоровья) тех достаточно уязвимых людей, которые осуществляют уход за больны-

ми и подвергаются сильному и длительному эмоциональному напряжению.

От 15 до 20% американских семей осуществляют уход за своим престарелым родственником. Члены семьи (в особенности, супруги) уделяют уходу за больными свыше 50 часов в неделю. Подавляющее большинство лиц, осуществляющих неформальный уход за больными, занимаются этим по пять лет и больше; четвертая часть из них — на протяжении свыше 10 лет.

Профессионалы, занимающиеся вопросами старения, активно пытались исследовать эту, зачастую скрытую от общества, группу населения. Однако свет на последствия такого длительного ухода был пролит лишь в последние несколько лет, и оказалось, что люди, изнуренные осуществлением ухода, оказываются последними, кто обращается за помощью. Уровень нагрузки, связанный с обязанностями по уходу, может привести к снижению иммунного статуса [2], большей частоте приема психотропных препаратов и большей степени подверженности вирусным инфекциям [3,4]. В результате многочисленных исследований были выявлены основные факторы, определяющие уровень стресса у лиц, осуществляющих уход за больными деменцией:

- Пол родственника. Жены и дочери в большей степени подвержены стрессу, чем мужья и сыновья [5,6].
- Степень родства. Чем ближе степень родства, тем тяжелее переносится бремя ухода [7].
- Степень близости семейных отношений до возникновения деменции [6]. Родственники, находящиеся в более близких отношениях с больным, обеспечивая более тщательный уход, часто в большей степени уязвимы в отношении негативных реакций со стороны больного и в результате испытывают меньшее внутреннее удовлетворение.
- Неудовлетворенность социальной помощью [8]. Бремя ухода переносится легче, если такая помощь оказывается другими членами семьи и близкими друзьями или если ухаживающий за

больным посещает группу поддержки, объединяющую таких же как и он родственников больных деменцией.

- Вынужденные ограничения в повседневной жизни [9]. Уровень стресса снижается, если больных помещают в дневной стационар или на короткие сроки в больницу.

- Проблемы, связанные с поведением больного. Наиболее значимыми проблемами для ухаживающих за больным родственников являются неопрятность больного, неадекватное поведение и необходимость постоянного наблюдения за ним.

- Психологическое состояние лиц, ухаживающих за больным. Нервное напряжение и депрессия в большей степени присущи тем родственникам, которые склонны к потере контроля как за своими эмоциями, так и за поведением больного. Часто завышенные ожидания, связан-

ные с переоценкой своих способностей по преодолению трудностей ухода, также приводят к расстройствам тревожного и депрессивного характера [10]. Эмоциональное напряжение, характеризующееся критическим или враждебным отношением к больному, а также высокой степенью вовлеченности в процесс взаимоотношений с ним, положительно коррелируют с количественными показателями, отражающими стрессовое состояние, особенно у дочерей больных. На состояние пожилых родственников часто оказывают влияние их собственное недомогание, бытовые и транспортные проблемы [11].

Целью настоящего исследования было изучение уровня эмоционального выгорания и уровня невротизации как одного из аспектов, определяющих качество жизни и состояние здоровья лиц, осуществляющих уход за родственником с деменцией.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие лица, ухаживающие за родственниками, страдающими деменцией; группу сравнения составляли лица, осуществляющие уход за больными с травматической патологией, нуждавшимися в постоянном уходе и надзоре в связи с выраженным ограничением двигательной активности в течение не более 2-х месяцев.

Все участвовавшие в исследовании проходили собеседование с психиатром, который заполнял специально разработанную унифицированную карту, включающую данные о возрасте, половой принадлежности, уровне образования, степени родства с больным, материальном положении лица, ухаживающего за больным родственником.

Проведенное нами анкетирование родственников больных с деменцией, показало, что у них примерно в равных соотношениях встречаются такие эмоциональные реакции как горе, стыд, гнев, смущение, одиночество, а также отмечаемое всеми ухаживающими за дементными больными постоянно нарастающее ощущение усталости.

Горе является естественной реакцией человека, потерпевшего утрату. Из-за того, что член семьи заболел деменцией, у родственников с данной эмоциональной реакцией возникало ощущение, что они лишились партнера, друга или родителя. Нередко они испытывали желание горевать по человеку такому, каким он был раньше. Как только ухаживающий за таким больным свыкался с одной переменной в человеке, наступала другая. Наиболее страшным, по мнению родствен-

ников, оказывался момент, когда больной переставал узнавать того, кто ухаживает за ним.

Возникавшее у ухаживающих за больным с деменцией чувство стыда бывало вызвано разными причинами: смущением за поведение больного; за гнев против больного; за то, что трудно продолжать ухаживать за больным; за возникающие мысли об устройстве больного в специальное учреждение.

Опрошенные родственники отмечали периодическое возникновение гнева смешанного характера. В зависимости от обстоятельств гнев мог быть направлен против больного, против самого себя, против врача или против самой ситуации. Родственники четко отграничивали гнев против поведения больного, которое является результатом болезни, от гнева против самого больного. Иногда гнев бывал настолько сильным, отмечали родственники больных, что с трудом можно удержаться от причинения вреда больному, за которым осуществляется уход.

При неправильном поведении больных в присутствии посторонних, ухаживающие за ними отмечали возникающее смущение, от которого можно избавиться, если рассказать друзьям и соседям о деменции, чтобы они могли лучше понять поведение больного.

Многие из опрошенных, ухаживающих за больным с деменцией, отмечали, что они перестали поддерживать общественные контакты, сократилась их социальная сеть. В подобной ситуации ухудшается возможность как следует ухаживать за больным.

Приведенные данные убеждают, насколько важно знать, какие факторы усиливают бремя неформальной помощи и негативно влияют на возможности тех, кто ее оказывает и какие факторы снижают нагрузку. Это позволит предупредить превращение их самих в пациентов в результате выполнения обязанностей по уходу за больными, особенно по принципу «безусловного самопожертвования».

Сведения о больном включали: возраст, образование, род занятий до начала заболевания. Состояние больного с деменцией оценивалось в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [12] с учетом описания способности больного выполнять функции повседневной жизни (приготовление пищи, стирка, уборка, пользование транспортом, расчет денег, прием лекарств, осуществление личной гигиены).

Уровень эмоционального выгорания исследовался с помощью Методики диагностики уров-

ня эмоционального выгорания В.В.Бойко [13], которая была нами адаптирована к ситуации ухода за больным родственником. В соответствии с «ключом» осуществлялись следующие подсчеты: 1) определялась сумма баллов раздельно для каждого из 12 симптомов «выгорания»; 2) подсчитывалась сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания»; 3) подсчитывался итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» – сумма всех 12-ти симптомов.

Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана [13] позволяла получить сведения об эмоциональной устойчивости, фоне переживаний, инициативности, независимости, легкости в общении.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных статистических методов (U-критерий Уилкоксона-Манна-Уитни, корреляция Спирмана) [14].

Результаты и их обсуждение

Всего в исследовании приняли участие 83 человека (17 мужчин и 66 женщин). В первую группу (1 группа – 51 чел.) входили лица, осуществляющие уход за больным с деменцией. Подавляющее большинство из них составляли женщины – 39 чел. (76.47%), мужчины – 12 чел. (23.53%). Распределение исследуемых по возрасту было следующим: до 35 лет – 16 чел. (31.37%), в возрастной группе 36-45 лет было 13 чел. (25.49%), в группе 46-55 лет – 12 чел. (23.53%), 56 лет и старше – 10 чел. (19.61%). Распределение по степени родства было следующим: 10 человек (19.61%) – супруги больных, 2 человека (3.92%) – сыновья, 30 (58.82%) – дочери, 9 (17.65%) – другие (невестки, зять, внуки). Образовательный уровень: 23 человека (45.1%) имели высшее образование, 28 (54.9%) – среднее и среднее специальное. 26 человек среди исследуемых (50.98%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное, 25 (49.02%) – как плохое. Из всей группы принявших участие в исследовании 23 человека (45.1%) оценили состояние своего здоровья как хорошее, 22 (43.1%) – как посредственное, 6 человек (11.8%) – как плохое. Объективно 43 человека (84.3%) имели хронические заболевания, из них у 12 человек (27.9%) отмечалось повышенное артериальное давление, 8 (18.6%) страдали от кардиологических заболеваний, 4 (9.3%) – сахарным диабетом, 10 (23.3%) – бронхитом, у остальных отмечались единичные другие заболевания. Уход за дементным родствен-

ником в течение года осуществляли 5 обследованных (9.8%), от года до 3-х лет – 36 человек (70.6%), в течение более 3-х лет – 10 человек (19.6%).

Во вторую группу обследованных входили лица, осуществляющие в течение не более 2-х месяцев уход за больными в возрасте от 35 до 62 лет с травматологической патологией, требующими постоянного ухода ввиду выраженного ограничения двигательной активности (травмы нижних конечностей и позвоночника). 2 группа состояла из 32 человек, из них 5 мужчин (15.6%) и 27 женщин (84.4%). Распределение обследованных по возрастным группам было следующим: в возрасте до 35 лет – 10 человек (31.25%), в возрасте 36-45 лет – 14 человек (43.75%), в возрасте 46-55 лет – 8 человек (25%). Из осуществляющих уход в данной группе было 10 человек супругов больных (31.25%), 6 человек (18.75%) – детей (сыновья, дочери больных), 6 (18.75%) – родители больных, 10 (31.25%) – другие (невестки, зятья, внуки). 12 человек (37.5%) имели высшее образование, 20 (62.5%) – среднее и среднее специальное. По оценке материального положения как удовлетворительного и плохого исследованные распределились на две равные группы по 16 человек. Что касается оценки состояния здоровья лиц данной группы, то на момент исследования 27 человек (84.4%) страдали различными хроническими заболеваниями: 12 (44.4%) – гипертонией, 9 (33.3%) – различными кардиологическими за-

болеваниями (в т.ч. вегето-сосудистой дистонией), 3 (11.1%) – бронхитом, 3 (11.1%) – различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В целом состояние своего здоровья 12 человек (37.5%) оценили как хорошее, 20 человек (62.5%) – как посредственное.

Выборка больных с деменцией состояла из 11 мужчин и 40 женщин в возрасте от 62 до 93 лет. Распределение больных по возрасту: 3 человека (5.88%) были моложе 65 лет, 36 (70.59%) – в возрасте от 65 до 80 лет и 12 (23.53%) – старше 80 лет. Согласно поставленным диагнозам больные были распределены следующим образом: деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (F00.0) – 6 (11.8%) больных, деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (F00.1) – 18 (35.3%), сосудистая деменция различных типов (F01) – 27 (52.9%). Оценка способности осуществлять повседневные функции показала, что 5 человек (9.8%) могли справиться без посторонней помощи, 27 человек (52.9%) нуждались в помощи, а 19 (37.3%) больных были не способны самостоятельно выполнять функции повседневной жизни.

В группе лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией в фазе напряжения распределение доминирующих симптомов было следующим: симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств» прослеживался у 7 (13.7%) обследованных, симптом «неудовлетворенности собой» – у 14 (27.5%), «загнанности в клетку» – у 22 (43.1%), «тревоги и депрессии» – у 18 (35.3%) обследованных. При этом сформировавшаяся фаза напряжения прослеживалась у 15 обследованных (29.4%). У обследованных второй группы распределение доминирующих симптомов в фазе напряжения было следующим: 14, 17, 8 и 15 человек (43.8%, 53.1%, 25% и 46.9%) соответственно. Фаза же напряжения сформировалась лишь у 5 (15.6%) обследованных.

В фазе резистенции распределение доминирующих симптомов среди обследованных первой и второй групп было следующим: «неадекватное эмоциональное реагирование» – 2 (3.9%) обследованных первой группы и 3 (9.4%) обследованных второй группы; «эмоционально-нравственная дезориентация» – 1 и 5 (1.96% и 15.6%) соответственно; «расширение сферы экономии эмоций» – 17 и 19 (33.3% и 59.4%) соответственно; «редукция обязанностей» – 12 и 9 (23.5% и 28.1%) соответственно. При этом фаза резистенции сформировалась у 13 (25.5%) обследованных из первой и у 13 (40.6%) обследованных

из второй группы.

В фазе истощения доминирующий симптом «эмоционального дефицита» прослеживался у 3 (5.9%) обследованных из первой группы и у 5 (15.6%) обследованных из второй группы; симптом «эмоциональной отстраненности» – у 12 и 8 (23.5% и 25%) обследованных соответственно; симптом «личностной отстраненности (деперсонализации)» – у 2 (6.25%) обследованных второй группы; «психосоматические и психовегетативные нарушения» – у 23 (45.1%) обследованных первой группы и у 18 (56.25%) обследованных второй группы. При этом сформировавшаяся фаза истощения обнаруживалась у 5 (9.8%) обследованных из первой и у 3 (9.4%) обследованных из второй группы.

Сравнение средних величин уровней эмоционального выгорания у лиц первой (130 ± 8.15) и второй (122 ± 7.03) групп выявило достоверные различия ($p < 0.05$), однако качественный анализ показывает, что в первой группе у большего числа лиц сформировалась фаза напряжения (29.4%) и истощения (9.8%) в сравнении со второй группой (15.6% и 9.4% соответственно); для второй группы характерно преобладание лиц со сформировавшейся фазой резистенции (40.6% в сравнении с 25.5% в первой группе).

Корреляционный анализ ранжированных признаков, полученных в исследовании, позволил выявить значимые корреляции между демографическими данными родственников, ухаживающих за больными с деменцией и без нее, продолжительностью ухода, объемом оказываемой помощи с одной стороны и уровнем эмоционального выгорания и невротизации с другой. Так, уровень эмоционального выгорания у лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией, умеренно коррелирует с половой принадлежностью обследованных ($r = 0.317$ при $p < 0.05$), их образованием ($r = 0.322$ при $p < 0.05$), продолжительностью ухода ($r = 0.346$ при $p < 0.05$) и нарушением выполнения функций повседневной жизни у больных ($r = 0.462$ при $p < 0.05$); средняя корреляция выявлена между уровнем эмоционального выгорания и возрастом обследованных ($r = 0.474$ при $p < 0.05$); слабая – между уровнем эмоционального выгорания и материальной обеспеченностью ($r = 0.233$ при $p < 0.1$). Во второй группе уровень эмоционального выгорания коррелирует с фактором половой принадлежности обследованных (умеренная корреляция $r = 0.365$ при $p < 0.05$), образования (умеренная корреляция $r = 0.368$ при $p < 0.05$) и материальной обеспеченности (слабая корреляция $r = 0.251$ при $p < 0.1$). Для

лиц первой группы выявлена умеренная корреляция между уровнем невротизации и возрастом обследованных ($r=0.411$ при $p<0.01$), образованием ($r=0.395$ при $p<0.01$), материальным положением ($r=0.37$ при $p<0.01$), продолжительностью ухода ($r=0.326$ при $p<0.01$) и нарушением повседневного функционирования дементных больных ($r=0.473$ при $p<0.01$). Во второй группе уровень невротизации умеренно коррелирует с образованием обследованных ($r=0.355$ при $p<0.05$) и слабо с нарушением функций повседневной жизни больных ($r=0.186$ при $p<0.5$). Т.о., на эмоциональное состояние лиц, осуществляющих уход за дементными родственниками, оказывают влияние не столько демографические характеристики (поскольку были установлены корреляционные связи по полу, возрасту, образованию, материальному положению для лиц обеих групп), не столько состояние их здоровья, сколько продолжительность ухода за больным.

Корреляционный анализ ранжированных показателей уровня невротизации и фаз эмоционального выгорания установил среднюю корреляцию между фазой напряжения и уровнем невротизации в первой группе обследованных ($r=0.595$ при $p<0.01$) при незначимой корреляции (без статистической значимости) между фазами резистенции и истощения и уровнем невротизации в первой группе и всеми фазами и уровнем невротизации во второй группе обследованных.

Таким образом, получены предварительные данные о влиянии таких факторов как уровень эмоционального выгорания и уровень невротизации на качество жизни лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией. Эмоциональное выгорание как выработанный личностью меха-

низм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций на психотравмирующие воздействия, каковым в адаптированном варианте опросника являлся факт необходимости длительного ухода за дементным родственником, зависит от пола, возраста, образования, материального положения обследованных, а также от продолжительности ухода и степени сохранности повседневного функционирования больного с деменцией. У лиц, осуществляющих относительно непродолжительный уход за лицами с острой (в данном исследовании травматической) патологией, быстро формируется фаза резистенции с расширением сферы экономии эмоций и редукацией обязанностей, что делает данную категорию людей более защищенными в ситуации болезни близкого человека. Высокий уровень невротизации у лиц со сформировавшейся фазой напряжения может свидетельствовать о выраженной эмоциональной возбудимости с негативными переживаниями (тревожность, беспокойство, раздражительность), переживаниями, связанными с неудовлетворенностью желаний, о трудностях в общении, т.е. свидетельствует о том, что данная категория людей (а ими в настоящем исследовании оказались лица, осуществляющие уход за больными с деменцией) нуждается в психологической, психотерапевтической помощи. Определение доминирующих симптомов как отдельных фаз, так и синдрома выгорания в целом позволяет определить направление оказания психотерапевтической поддержки, что, в конечном итоге, окажет положительное влияние на качество жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией.

Ряполова Т.Л.

РІВЕНЬ ЕМОЦІОНАЛЬНОГО ВИГОРАННЯ ТА РІВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦІЇ ЯК ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РОДИЧІВ, ЩО СКЛАДАЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ НА ДЕМЕНЦІЮ

Донецький Державний медичний університет ім.М.Горького

Досліджено 83 особи, що доглядають за хворими родичами (51 особа – за хворими на деменцію, 32 особи – за хворими з гострою травматологічною патологією із значним обмеженням руховної активності). Встановлено кореляції між рівнем емоційного вигорання, рівнем невротизації та окремими демографічними показниками. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 76-81)

**THE LEVEL OF EMOTIONAL BURNTING OUT AND THE LEVEL OF NEUROTISATION
HOW THE INDICATORS OF THE QUALITY OF THE LIFE IN CAREGIVERS FOR
PATIENTS WITH DEMENTIA**

Donetsk State medical university

83 caregivers were examined, from them 51 caregivers of the people with dementia and 32 caregivers of the people with acute traumatic pathology and pronounced limitation of motive activity. The reverse correlation has been found between the level of the emotional burning out the level of neurotisation and some demographic characteristics. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 76-81)

Литература

1. Абрамов В.А., Ивнев Б.Б., Казаков В.Н., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В. Болезнь Альцгеймера (мультидисциплинарное исследование).- Донецк, 2000. - С.12-23, 205.
2. Skaff M.M., Pearling L.I. Caregiving: Role engulfment and the loss of self // Gerontologist. - 1992. - Vol.32. - P.656-664.
3. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R., Gravenstein S., Malarkey W.B., Sheridan J. Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults // Proc.Natl. Acad. Sci. USA - 1996. - Vol.93, N7. - P.3043-3047.
4. Mort J.R., Caspar P.M., Juffer D.I., Kavarna M.B. Comparison of psychotropic agent use among rural elderly caregivers and noncaregivers // Ann. Pharmacother. - 1996. - Vol.30, N6. - P.583-585.
5. Grafstorm M., Fratiglioni L., Winblad B. Caring for an elderly person: predictors of burden in dementia care // Int. J. Geriatr. Psychiat. - 1994. - Vol.9. - P.373-379.
6. Morris R.G., Morris L.W., Britton P.G. Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers // Brit.J. Psychiat. - 1988. - Vol.153. - P.47-157.
7. Kalucy E., Baum F. The epidemiology of caring: The pattern in a South Australia suburban population // Austral. J. Ageing. - 1993. - Vol.11, N3. - P.3-8.
8. Clipp E.C., George L.K. Caregiver needs and patterns of social support // J. Gerontol. - 1990. - Vol.31. - P.246-255.
9. Poulshock S.W., Deimling G.T. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden // J. Gerontol. - 1984. - Vol.39. - P.230-239.
10. Carruth A.K. Motivating factors, exchange patterns, and reciprocity among caregivers of parents with and without dementia // Nurs. Health. - 1996. - Vol.19, N5. - P.409-419.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств(1994). - ВОЗ. - Россия. - Санкт-Петербург. - АДИС: 304с.
12. Практическая психодиагностика под ред. Д.Я. Райгородского. - Самара. - «БАХРАХ». - 1998г. - С. 161-169, 171-174
13. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в медицинских исследованиях. - Москва. - Гэотар Медицина. - 2000. - 254с.

Поступила в редакцию 30.10.2001г.

УДК 616-083

*А.В. Абрамов, В.Л. Олещенко***УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Донецкий медицинский университет, Отдел охраны здоровья УМВД Украины в Донецкой области

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, сотрудники органов внутренних дел

Синдром эмоционального выгорания (от англ. burn-out — прекращение горения) — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это клиническое нарушение (МКБ-10: Z 73 - Проблемы связанные с трудностями управления своей жизнью) характеризуется состоянием физического утомления и разочарования, которое возникает у людей, занятых в альтруистических профессиональных областях. В исследованиях Maslach и Jackson [1] показано, что данный синдром сопровождается эмоциональным истощением, деперсонализациями, снижением работоспособности. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. Выгорание отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с сотрудниками.

Выгорание не эпизод, а конечный результат процесса «сгорания дотла». Мы работаем в спокойной обстановке, требующей устойчивого внимания и напряжения, единственным постоянством которой является ее постоянная изменчивость. Стресс вызывается множеством требований (стрессорами), которые непрерывно суммируются в разных сферах нашей жизнедеятель-

ности. Наше чувство контроля над тем, что происходит, может иметь решающее значение. Если мы учимся реагировать адаптивным способом, мы более успешно и эффективно действуем и повышаем свою функциональную активность и уверенность, тогда как дезадаптивные реакции ведут нас по нисходящей спирали к выгоранию. Когда требования (внутренние и внешние) постоянно преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия. Непрерывное или прогрессирующее нарушение равновесия неизбежно ведет к выгоранию. Выгорание — не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса [2].

Проблема эмоционального выгорания достаточно актуальна для работников органов внутренних дел (ОВД). Это связано с тем, что сотрудники правоохранительных органов, в сравнении с другими представителями профессий типа «человек-человек», объективно наиболее подвержены массовому деформирующему воздействию. Ряд служб и подразделений внутренних дел (уголовный розыск, «Беркут», ППС, следствие) относятся к группе с высокой вероятностью возникновения профессиональной деформации. Кроме того в последнее время в научной литературе все чаще высказывается мнение, что самоубийство и профессиональная деформация является психологически родственными явлениями [3]. В связи с изложенным, основной целью настоящей работы было изучение уровня эмоционального выгорания у сотрудников оперативных подразделений ОВД, в зависимости от стажа работы.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 132 сотрудника различных служб и подразделений внутренних дел крупного промышленного региона. Для достижения цели исследования всех испытуемых разделили на две группы, в зависимости от стажа работы. Первая группа состояла из 68 человек про-

работавших в милиции 10-15 лет, вторую (64 человека) представляли сотрудники увольняющиеся с работы по выслуге лет (стаж работы 20 и более лет). Основную часть испытуемых составляли лица мужского пола, занимающиеся по роду своей профессиональной деятельности не-

посредственным контактом с людьми: следователи, сотрудники уголовного розыска, дознаватели. Все они были обследованы с помощью методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко [4]. Тест состоит из 84 вопросов на которые испытуемого просят дать ответ «да» или «нет». Каждый вариант ответа предварительно оценен компетентными судьями тем или иным числом баллов. Это сделано потому, что признаки, включения в симптом, имеют разные значения в определении его тяжести. Максимальную оценку получает признак, наиболее показательный для симптома. В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты: 1) определяется сумма баллов

раздельно для каждого из 12-ти симптомов выгорания: переживание психотравмирующих обстоятельств; загнанность в клетку; тревога и депрессия; неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; эмоционально-нравственная дезориентация; расширение сферы экономии эмоций; редукция профессиональных обязанностей; эмоциональный дефицит; эмоциональная отстраненность; личностная отстраненность (деперсонализация); психопатические и психовегетативные нарушения; 2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования выгорания: напряжение; резистенция; истощение; 3) находится итоговый показатель уровня эмоционального выгорания.

Полученные результаты и их обсуждение

В ходе обследования выявлена значительная статистически достоверная разница в количественных показателях степени выраженности ряда симптомов выгорания. Так, у лиц со стажем работы в милиции до 15 лет наблюдается начало формиро-

вания симптомов неадекватного эмоционального реагирования (13 баллов) и редукция профессиональных обязанностей (9,8 балла). Вместе с тем ни одна фаза развития стресса не вышла за пределы нормальных показателей (Табл 1).

Таблица 1

Степень выраженности уровня эмоционального выгорания у сотрудников ОВД в зависимости от стажа работы

Синдромы и фазы выгорания	стаж 10-15 лет	стаж 20-25 лет
Переживание психотравмирующих обстоятельств	4,65	11,3*
Неудовлетворенность собой	3,4	7,2
Загнанность в клетку	2,4	7,3
Тревога и депрессия	5,7	10,7*
Напряжение	16,1	36,6**
Неадекватное эмоциональное реагирование	13,0*	16,6**
Эмоционально-нравственная дезориентация	8,6	10,3*
Расширение сферы экономии эмоций	3,5	9,0
Редукция профессиональных обязанностей	9,8*	14,7*
Резистенция	34,9	50,6*
Эмоциональный дефицит	3,7	6,9
Эмоциональная отстраненность	6,7	8,4
Личностная отстраненность	3,7	9,3
Психосоматические и психовегетативные нарушения	3,0	8,2
Истощение	17,24	32,8
ВЫГОРАНИЕ	68,26	119,95

Примечание: * складывающийся симптом; ** сложившийся симптом.

У лиц со стажем работы более 20 лет достигают уровня формирования переживания психотравмирующих обстоятельств (11,3 балла), тревога и депрессия (10,7 балла), эмоционально-нравственная дезориентация (10,3 балла) и редукция профессиональных обязанностей (14,7 балла). Синдром неадекватного эмоционального реагирования у этих сотрудников достигает уровня сложившегося (16,6 балла). Две из трех фаз выгорания — напряжение и резистенция находятся в стадии формирования (36,6 и 50,6 балла соответственно).

Как и в исследовании В.С. Медведева [5], мы выделяем три группы факторов, ведущих к эмоциональному выгоранию: факторы, обусловленные спецификой деятельности органов правопорядка; факторы личностного свойства; факторы социально-психологического характера. К факторам, обусловленным спецификой деятельности правоохранительных органов, следует отнести:

- детальную регламентацию деятельности;
- корпоративность деятельности;
- экстремальность деятельности (необходимость выполнения профессиональных задач в опасных для жизни и здоровья ситуациях, риск, непредсказуемость развития событий, неопределенность информации о деятельности криминальных элементов, угрозы со стороны преступников и т. д.);
- осознание повышенной ответственности за конечный результат своего труда.

Среди факторов, отражающих особенности личности сотрудников правопорядка в формировании эмоционального выгорания, можно выделить:

- завышенный уровень притязаний;
- недостаточную профессиональную подготовленность при высоком уровне интернальности;
- низкая стрессоустойчивость;
- изменение мотивации деятельности (потеря интереса к деятельности, разочарование в профессии), особенно у сверхпреданных ей и т.п.

К факторам социально-психологического ха-

рактера можно отнести:

- повышенное общественное внимание к профессии;
- неадекватный и грубый стиль руководства подчиненными;
- конфликтные профессиональные отношения;
- неблагоприятное влияние ближайшего социального окружения вне службы (например, семья, друзей и т.д.);
- низкую общественную оценку деятельности органов правопорядка, что порой ведет к безысходности в деятельности сотрудников органов правопорядка, возникновению профессионального бессилия и неуверенности в нужности своей профессии.

Таким образом, профессиональная деформация развивается под влиянием факторов, относящихся к внешней среде деятельности (общение с правонарушителями, решение задач, применения к ним мер профилактики и пресечения и т.д.), факторов внутрисистемного взаимодействия (отношения с руководителем и сослуживцами, совместное выполнение служебных задач и т.д.) а также при наличии определенной личностной predisпозиции.

Работа по профилактике эмоционального выгорания включает в себя меры как психологического, так и непсихологического (организационно-управленческого, воспитательного) характера.

К частным задачам, решаемым в процессе профилактики эмоционального выгорания работников органов правопорядка следует отнести:

- выработку у сотрудников профессионально-иммунитета и высокой культуры в работе;
- повышение эмоциональной устойчивости у всех работников органов правопорядка;
- формирование установки на следование в работе кодексу профессиональной чести;
- формирование оптимального морально-психологического климата в службах и подразделениях органов правопорядка;
- выработка ответственности за свое собственное переживание стресса.

О.В. Абрамов, В.Л. Олефіренко

РІВЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ В СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецький медичний університет, відділ охорони здоров'я УМВС України в Донецькій області

У статті розглянуті проблеми емоційного вигорання в співробітників оперативних підрозділів внутрішніх справ. При дослідженні 132 чоловік виявлена залежність рівня емоційного вигорання і стажу роботи. Описано фактори ведучі до утворення емоційного вигорання, основні прояви цього розладу. Приведено загальні напрямки профілактики. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 82-85)

A.V. Abramov, V.L. Olefirenko

LEVEL OF EMOTIONAL BURN-OUT FOR THE EMPLOYEES OF LAW-ENFORCEMENT BODIES

Donetsk medical University, Department of guarding of health of Ukraine in Donetsk area

In the article the problems of emotional burn-out for the employees of operating divisions of internal business are reviewed. At research 132 persons the relation of a level of emotional burn-out and experience of activity is detected. The factors leading to formation of professional deformation, main developments of this distress are described. The general directions of preventive maintenance are adduced. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 82-85)

Література

1. Maslach C. Job burnout-, how people cope, Public Wealf, Spring, h.56, 1978
2. Робертс Г.А. Профілактика вигорання // Обзор современной психиатрии. 1988г. - Вып 1. - С. 39-46.
3. Логвіненко О.І., Тимошук О.В. Врахування детермінантів в професійній деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїцидальним проявам // Психологія суїцидальної

- поведінки: діагностика, корекція, профілактика. Київ - 2000р. - С. 103-105.
4. Практическая психодиагностика, методики и тесты. Самара. - 1998г. - 670с.
5. Медведєв В.С. Суїцид та професійна деформація працівників органів внутрішніх справ // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика. Київ - 2000р. - С. 62-65.

Поступила в редакцію 24.10.2001г.

УДК 616.89-008.19

*В.Ю. Омелянович***КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТСТРЕССОВЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, ПОБЫВАВШИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, клиника, сотрудники ОВД

Работа оперативных сотрудников органов внутренних дел сопряжена с исполнением служебных обязанностей в условиях, требующих высокого уровня психического и физического напряжения, адекватного реагирования в быстро меняющейся обстановке, зачастую связанной с риском для жизни. Частым следствием пребывания в экстремальной обстановке являются, наряду с посттравматическими стрессовыми расстройствами [4,7], различные «преневротические» нарушения, являющиеся универсальными проявлениями психической дезадаптации, доклинических пост-

стрессовых психических расстройств [11].

В рамках изучения постстрессовых расстройств у оперативных сотрудников органов и подразделений внутренних дел, посттравматические стрессовые расстройства рассматривались нами как психогенные нервно-психические расстройства, возникающие в результате воздействия психогении исключительно угрожающего характера, при чем угроза жизни и здоровью могла быть как прямой (для сотрудника ОВД), так и косвенной (свидетельство гибели или страданий второго лица) [8,9].

Материал и методы исследования

В данной работе представлены результаты изучения алекситимии у сотрудников органов и подразделений внутренних дел Украины, побывавших в экстремальных ситуациях. Так как обследование проводилось спустя не менее нескольких недель после воздействия экстремальных психогений (свидетельство гибели товарища, применение табельного оружия на поражение, ранение от рук преступника и т.д.), основной исследуемой группой были лица с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) – 45 человек (17,1 % лиц, побывавших в экстремальной ситуации). Кроме того, из числа сотрудников ОВД, побывавших в экстремальной ситуации, была выделена группа лиц, у которых определялись отдельные симптомы ПТСР, однако психосимптоматика характеризовалась фрагментарностью, аморфностью, недостаточной выраженностью. С позиций клинико-динамического подхода к изучению психических расстройств так называемого «невротического регистра» [1-3] эта группа отнесена к постстрессовым расстройствам доклинического уровня (ПСРД) — 66 человек (25,1% лиц, побывавших в экстремальной ситуации).

Контрольная группа (КГ), составленная методом случайного выбора и состоящая из опе-

ративных сотрудников подразделений УМВД, которые в процессе своей служебной деятельности не подвергались воздействию экстремальных психогенных факторов была представлена 100 сотрудниками. Первичный скрининг наличия и уровня (клинический-доклинический) выраженности постстрессового расстройства, позволивший выделить группы с клинически выраженным ПТСР и доклиническими постстрессовыми расстройствами (ПСРД), проводился при помощи Миссисипской шкалы ПТСР Keane at al. (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder) [11].

Детальное описание спектра невротической симптоматики и количественная оценка ее выраженности проводились с помощью симптоматического опросника невротиков Е. Александровича (Aleksandrowicz J., 1977), адаптированного Ленинградским психоневрологическим научно-исследовательским институтом им. В.М. Бехтерева (1987г.)

Для объективизации исследования и определения уровня статистической значимости полученных результатов был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты исследования и их обсуждение

Учитывая единство основных механизмов формирования постстрессовых расстройств, в рамках настоящей работы клинико-динамическая оценка осуществлялась с выделением 2-х стадий:

1) постстрессовых расстройств доклинического уровня;

2) посттравматических стрессовых расстройств, клинически выраженных.

Для ПТСР характерна клинически дифференцированная, стойкая психосимптоматика, структурированная согласно диагностических критериев МКБ-10. Случаи повторного возникновения ПТСР, равно как и случаи хронического течения ПТСР с переходом в хроническое изменение личности (F 62.0) в данной работе не рассматривались.

1. Особенности посттравматических стрессовых расстройств у оперативных сотрудников органов внутренних дел, побывавших в экстремальной ситуации.

Состояние всех пациентов с клинически выраженным посттравматическим стрессовым расстройством характеризовалось наличием субъективно тягостных навязчивых воспоминаний о происшедшей экстремальной ситуации (flashback), возникающих как рефлексивно (при просмотре криминальной телехроники, повторном присутствии на месте происшествия, при вопросах, касающихся происшедшего и т.д.), так и абсолютно самостоятельно, кошмарных сновидений, связанных с психогенией, эмоциональной лабильности, ощущением определенной отчужденности от окружающих, стремлением избегать ситуаций, напоминающих о пережитом, общей слабости, снижением способности сосредоточения внимания, эпизодами дереализации, неуверенностью в себе. Кроме того, отмечались достаточно разнообразные вегетативные симптомы и жалобы, соматического характера (без наличия объективной патологии).

У всех представителей группы больных ПТСР имели место ($p > 0,05$) выраженные нарушения сна (высокие показатели по 4 шкале методики Е. Александровича – 37%-74% от теоретически возможного максимального показателя), сексуальные проблемы (7 шкала), состояния дереализации (8 шкала), ипохондрические состояния (11 шкала), общее нервно-психическое напряжение (13 шкала – от 25% до 66%), при большей степени достоверности ($p > 0,01$), обсессивные состояния (9 шкала), трудности в межличностных отношениях (10 шкала) и пси-

хастенические состояния (12 шкала), что можно отнести к общим характеристикам состояния постстрессового расстройства. Кроме того имели место ($p > 0,1$) нарушения регуляции пищеварения (15 шкала), нарушения двигательных функций (17 шкала) и другие соматические симптомы (19 шкала).

При дальнейшем анализе результатов исследования группы пациентов с клинически выраженным ПТСР посредством симптоматических шкал опросника невротиков Александровича, были выявлены три группы больных, у которых психосимптоматика, отвечая диагностическим требованиям ПТСР, имела, в тоже время определенные особенности (Табл. 1.).

Не следуя встречающемуся в литературе [5,6] выделению в рамках ПТСР нескольких клинических вариантов (что, учитывая специфику данного психического расстройства, представляется весьма спорным), и, принимая во внимание необходимость глубинного исследования психопатологических проявлений постстрессовых расстройств, мы сочли целесообразным рассмотреть выявленные отличия психосимптоматики в рамках тех или иных преобладающих психопатологических радикалов, сопутствующих «стержневому» симптомокомплексу посттравматического стрессового расстройства.

Кроме отмеченного выше повышения показателей методики Александровича на 4 шкале, у 41,67% лиц с клинически выраженным ПТСР (19 человек) преобладали симптомы тревоги (показатель 3 шкалы – от 48% до 89% от максимально возможного показателя), имели место страхи и фобии (повышение показателей 1 шкалы до 40% от максимально возможного значения).

У 25% больных ПТСР (11 человек) преобладали депрессия (2 шкала – 45%-57% от максимально возможного показателя), напряжение (13 шкала – до 49%), трудности в общении, (10 шкала – 35 – 61%), сексуальные проблемы (7 шкала – до 39% от максимально возможного значения) и нарушения регуляции пищеварения (15 шкала – до 57%).

У 33,33 % (15 человек) кроме основных проявлений ПТСР преобладали симптомы неврастения (показатели 6 шкалы – 45%-73% от максимально возможного значения), психастения (показатели 12 шкалы – 37% — 57%), а так же нарушения вегетативной регуляции (16 шкала – 39% -57%) и конверсионные нарушения (18 шкала – до 41% от максимально возможного показателя).

Таким образом, можно обратить внимание на три превалирующих психопатологических радикала ПТСР: тревожно-фобический (41,67% больных ПТСР), астено-вегетативный (33,33%) и дистимический (25%).

При сравнительном анализе (ANOVA) усредненных значений показателей методики Александровича между выделенными радикалами

было выявлено статистически значимое различие по 1 (фобии), 2 (депрессия), 3 (тревога), 5 (истерия), 6 (неврастения), 16 (нарушения вегетативной регуляции), 18 (конверсионные расстройства) шкалам ($p < 0,01$), а также по 9 (навязчивые состояния), 10 (трудности общения), 12 (психастения) и 14 (проблемы, связанные с употреблением алкоголя) шкалам ($0,05 > p > 0,01$).

Таблица 1

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) показателей симптоматических шкал Е.Александровича представителей кластеров психопатологических радикалов

Шкалы	ПТСР						ПСРД					
	СРЕДНЕЕ			P			СРЕДНЕЕ			P		
	ас-в	дис	т-ф	а-в дис	тр-ф дис	ас-в тр-ф	ас-д	трев	нед	ас-д трев	Ас-д нед	нед трев
1	9,6	9,82	17,9	0,91	0,02	0,01	10,77	7,111	7,429	0,007	0,021	0,75
2	27,7	34,1	16,4	0,003	8E-05	0,001	20,31	15,11	11,14	0,003	6E-06	0,003
3	23,5	25,2	33,8	0,4	0,03	0,002	15,08	23,39	12,43	3E-06	0,153	1E-08
4	18,8	21,1	18,2	0,002	0,14	0,71	5,538	12,22	10,14	0,002	1E-03	0,12
5	26,3	22,9	19,6	0,043	0,17	0,004	13,54	19	11	0,068	0,188	0,0001
6	27,9	12	11,7	5E-07	0,9	5E-09	16,31	10,44	13,71	0,034	0,312	0,11
7	4,47	10,5	6,11	0,005	0,15	0,49	2,769	3,556	4,571	0,36	0,077	0,27
8	15,7	9,45	11,6	0,03	0,48	0,06	5,846	9,111	8,857	0,07	0,025	0,791
9	15,9	6,91	12	0,003	0,13	0,22	11,38	6,667	5,143	0,043	0,001	0,187
10	10,9	19,3	10,1	0,008	0,01	0,74	11,69	11,33	7,429	0,85	0,038	0,012
11	13,4	13,8	10,1	0,915	0,31	0,16	4,615	7,278	6,286	0,151	0,092	0,4
12	16	10,2	9,89	0,057	0,92	0,002	4,308	8,222	3,429	0,012	0,43	5E-05
13	11,2	14,2	11,4	0,187	0,2	0,94	8,308	8	7,429	0,819	0,521	0,657
14	1,33	5,09	2,74	0,002	0,08	0,18	1,538	0	0,571	0,003	0,069	0,0954
15	13,9	16,6	14,9	0,51	0,67	0,77	12,62	7,111	16	5E-08	0,145	3E-05
16	49,3	17,1	34,7	3E-06	0,04	0,03	26,77	16,89	18,29	0,002	0,017	0,637
17	12,5	10,5	13,6	0,572	0,41	0,74	12,92	11,56	11,43	0,523	0,525	0,9437
18	19,9	10,5	13,1	0,005	0,44	0,01	12,92	7,111	9,143	0,008	0,116	0,259
19	3,47	6,55	5,68	0,24	0,65	0,32	4,923	2,222	3,429	0,063	0,204	0,238

Состояние пациентов с астено-вегетативным радикалом клинически выраженного посттравматического стрессового расстройства характеризовалось наличием навязчиво, помимо воли повторяющихся тягостных воспоминаний о происшедшей экстремальной ситуации, мыслей и переживаний, возникающих как рефлексивно, так и самостоятельно (flashback). Имели место ощущение постоянной неуверенности, беспомощности, ощущение, что ты хуже всех остальных людей, рассеянность, мешающая нормальной трудовой деятельности, трудности в концентрации внимания, постоянное чувство усталости, разбитости, ощущение нехватки сил, ухудшение сна с периодическими сновидениями, связанными с психогенией. Отмечалась подверженность глубоким, интенсивным переживаниям, связанным с пережитой психогенией, слезливость, невозможность сдержать свои эмоции, сменяющая-

ся ощущением бесцветности переживаний. Периодически возникали состояния дереализации, заключавшиеся в ощущении, что все происходящее – лишь сон, нереальности, «затуманненности» окружающего мира. Присутствовало также субъективное ухудшение соматического благополучия: головные боли и головокружения, ощущения прилива крови к голове (особенно в моменты flashbacks), ощущение сердцебиения и болей в области сердца, сухость во рту или, напротив, усиленное слюноотделение, покраснение лица, без особой причины появляющееся чувство холода или жара, гипергидроз, усиливающийся в моменты волнения. Пациенты отмечали, что стараются не вспоминать о случившемся и избегают всего, что могло бы напомнить о психогении.

При дальнейшем (попарном) анализе (ANOVA) результатов методики Александровича

ча между астено-вегетативным и дистимическим радикалами (таб.2.) было выявлено статистически достоверное превалирование (при астено-вегетативном радикале) показателей 6 шкалы ($p < 0,00001$), 16 шкалы ($p < 0,00001$), а также по шкалам 9 ($p < 0,01$), 5 и 8 ($0,05 < p < 0,01$). При сравнении астено-вегетативного радикала с тревожно – фобическим (Табл. 1.) также имело место превалирование при астено-вегетативном радикале показателей 6 шкалы ($p < 0,0001$), 16 шкалы ($0,05 > p > 0,01$), 5 шкалы ($0,001 < p < 0,01$) и, кроме того, превалировали показатели 2 шкалы ($p < 0,001$) и 12 шкалы ($p < 0,01$).

Таким образом, как в сравнении с дистимическим, так и с тревожно-фобическим радикалами, при наличии в психопатологической картине ПТСР астено-вегетативного радикала имеет место статистически достоверная большая выраженность астенических (шкалы 6 — неврастении и 12 -психастении) и вегетативных нарушений (16 — шкала нарушения вегетативной регуляции) с включением истерических симптомов (5 — шкала истерии). Кроме того, свойственные всем пациентам с ПТСР эпизодические ощущения дереализации (8 шкала) и навязчивые состояния (9 шкала) при наличии астено-вегетативного радикала выражены несколько интенсивнее, нежели при дистимическом радикале ПТСР.

Состояние пациентов с дистимическим радикалом клинически выраженного посттравматического стрессового расстройства характеризовалось наличием навязчивых воспоминаний (flashback), страшными снами, ночными кошмарами, сюжетно связанными с пережитой психогенией, имели место трудности засыпания, частые ночные пробуждения, бессонница, а также чувство сонливости в течение дня. Отмечалось чувство угнетенности, печали, потеря веры в свои силы, тягостное предчувствие неудач и горестей в будущем, потеря веры в свои силы и интенсивное чувство вины, самообвинение, связанное с пережитой экстремальной ситуацией, а порой и пассивные суицидальные высказывания. При воспоминании о случившемся или при прослушивании печальной музыки, сентиментальных телефильмов, пациенты не могли сдерживать слез. В то же время имели место немотивированные вспышки гнева («по мелочам»), объектом которого могли стать как посторонние, так и близкие пациентов. Субъективно такая, не свойственная им ранее, сочетающаяся с гневливостью, чувствительность, переживалась особенно остро, так как ранее они ощущали себя

сильными, уравновешенными мужчинами.

Большинство пациентов с дистимическим радикалом ПТСР обращали внимание на возникшие после психогении трудности в сексуальной жизни (снижение половой потенции, ухудшение эрекции, значительное ослабление или утрата полового влечения, боли и другие неприятные ощущения в половых органах и т.п.), плохое самочувствие в местах скопления людей. В данной группе пациентов были выявлены такие проявления, как мучительное чувство одиночества, сочетающееся с избеганием общения с людьми, даже с близкими знакомыми, чувство, что окружающие настроены враждебно и пытаются подчинить своему влиянию. Кроме вышеперечисленного, имели место головные боли, головокружения, ощущение сердцебиения и болей в области сердца, сухость во рту, покраснение лица, без особой причины появляющееся чувство холода или жара, гипергидроз, усиливающийся в моменты волнения. В большинстве случаев после пребывания в экстремальной ситуации имело место злоупотребление алкоголем (без признаков болезни), направленное на «улучшение самочувствия», «чтобы забыться».

При анализе различий (ANOVA) дистимического радикала от астено-вегетативного по результатам опросника Александровича, кроме указанных выше аспектов, было определено преобладание значений 2, 4, 7, 10 и 14 шкал ($0,001 < p < 0,01$). Анализ различий между дистимическим и тревожно-фобическим радикалами (Табл. 1.) позволил установить, что при дистимическом радикале также имели место более высокие показатели по 2 ($p < 0,00001$) и 10 шкалам ($0,05 > p > 0,01$), а так же по 16 шкале ($0,05 > p > 0,01$). В то же время, в случае наличия тревожно-фобического радикала превалировали, как по сравнению с дистимическим, так и по сравнению с астено-вегетативным радикалом ПТСР показатели 1 и 3 шкал ($0,05 > p > 0,01$ в случае сравнения с дистимическим радикалом и $0,001 < p < 0,01$ при сравнении с астено-вегетативным).

Таким образом, дистимический радикал ПТСР характеризуется, наряду с базисным симптомокомплексом ПТСР, преобладанием (по сравнению с тревожно-фобическим радикалом) депрессивных нарушений (шкала 2-депрессия), трудностей в общении (10 шкала), а в сравнении с астено-вегетативным радикалом еще и нарушений сна (4 шкала), сексуальных нарушений (7 шкала) и проблем, связанных с употреблением алкоголя (14 шкала).

При тревожно-фобическом радикале ПТСР, помимо навязчивых воспоминаний и кошмарных сновидений, имело место наличие разнообразных страхов, как непосредственно, жестко связанных с психогенией, так и достаточно универсальных (чувство страха, возникающее при нахождении в толпе, страх, что произойдет что-то ужасное), возникающих вне зависимости от времени суток, чаще в одиночестве. Отмечалось постоянное чувство беспричинной тревоги, беспокойство, не имевшее веских оснований ощущение опасности, угрозы как непосредственно себе, так и близким людям. Имело место, хотя и не так ярко выраженное, как при наличии дистимического радикала ПТСР, снижение фона настроения, аффективная лабильность. Астенические и вегетативно-висцеральные проявления, хотя и присутствовали, имели, однако, не столь выраженный характер, как в случае астено-вегетативного радикала ПТСР.

При тревожно-фобическом радикале как в сравнении (ANOVA) с дистимическим, так и с астено-вегетативным радикалами, кроме стержневого симптомокомплекса ПТСР, преобладающими психопатологическими симптомами были тревога (3 шкала), страхи и фобии (1 шкала).

2. Особенности психопатологической симптоматики постстрессовых расстройств доклинического уровня у оперативных сотрудников органов внутренних дел, побывавших в экстремальной ситуации.

Состояние, определяемое нами, как доклиническая (предболезненная) форма посттравматического стрессового расстройства характеризуется наличием периодически, чаще рефлекторно, возникающих навязчивых воспоминаний о пребывании в экстремальной ситуации, не классифицируемых пациентами как «тягостные»; периодические сновидения, имеющие смысловую связь с психогенией не могут быть отнесены к категории «кошмарных», однако, описываются пациентами, как достаточно неприятные. Кроме того отмечаются ночные пробуждения, некоторое снижение фона настроения, чувство внутреннего напряжения, определенная эмоциональная лабильность, ухудшение концентрации внимания, эпизоды дереализации, сексологическая и вегето-сосудистая симптоматика.

По результатам методики Е. Александровича было установлено, что практически у всех представителей исследуемой группы ($p > 0,1$) имели место общее нервно-психическое напряжение (13 шкала – до 34% от максимально возможного показателя), сексуальные проблемы и

ипохондрические симптомы, с несколько меньшей степенью достоверности ($p > 0,05$): нарушения сна (показатели по 4 симптоматической шкале методики Е.Александровича – до 60% от максимально возможного показателя), неврастеническая симптоматика (6 шкала – до 49%), эпизоды состояний дереализации (8 шкала), конверсионные расстройства (18 шкала). Свойственные для клинически выраженных ПТСР обсессивные состояния, трудности в межличностных взаимоотношениях и психастеническая симптоматика, на доклинической стадии постстрессового расстройства в достаточной степени выраженности имелись лишь у определенных категорий пациентов.

При дальнейшем анализе симптоматики доклинического ПТСР было обнаружено, что у 13 человек (20% группы ПСРД) преобладающей симптоматикой была депрессивная (36,3% от максимально возможного показателя 2 симптоматической шкалы), неврастеническая (33,3% от максимально возможного показателя 6 шкалы) симптоматика при наличии несколько менее выраженных симптомов тревоги (3 шкала – 26,9%), нарушений двигательных функций (17 шкала – 26,4%), нарушений регуляции пищеварения (15 шкала – 25,7%), истерической симптоматики (5 шкала – 24,2%), симптомов нервно-психического напряжения (13 шкала – 23,7%) и трудностей в межличностных отношениях (10 шкала – 23,9%).

У 18 человек (26,7% группы ПСРД) основными симптомами были тревожность (3 шкала – 41,8%) и нарушения сна (4 шкала – 34,9%). Также отмечались (в меньшей степени) истерические симптомы (5 шкала – 33,9%), депрессивная симптоматика (2 шкала – 27%), трудности в общении (10 шкала – 23,1%), симптомы психастении (12 шкала – 23,5%) и нарушения двигательных функций (17 шкала – 23,6%).

В 53,3% случаев (35 человек) симптомы постстрессового расстройства были менее выражены, нежели в двух, описанных выше, группах и, к тому же, выраженной, статистически значимой, обособленности от этих групп по какой-либо группе симптомов выявлено не было. Аморфность психосимптоматики в данном случае приводит нас к выводу о рудиментарности нарушений, которые, хотя и уже имеют место, еще не оформились в виде симптоматического кластера.

Таким образом, при рассмотрении ПТСР доклинического уровня, мы можем обратить внимание на три превалирующих психосоматичес-

ких радикала: астено-дистимический (20% лиц с ПСРД), тревожный (26,7% лиц с ПСРД) и недифференцированный (53,3% лиц с ПСРД).

При астено-дистимическом радикале ПСРД имели место периодические, возникающие чаще рефлекторно, навязчивые воспоминания о психотравмирующей ситуации, чувство страха и другие неприятные переживания, возникающие в одиночестве или, напротив, при нахождении в толпе; чувство печали, угнетенности, пессимизм, предчувствие провалов и неудач в будущем. Определялись некоторая рассеянность и трудности в концентрации внимания, чувство усталости, снижение сообразительности. В ряде случаев присутствовала неудовлетворенность сексуальной жизнью и чувство одиночества. Кроме того, пациенты отмечали ощущение внутреннего напряжения, периодически возникающее чувство злости, гнева. Из жалоб соматического характера чаще присутствовали изжога, некоторое снижение аппетита, дрожь в мышцах рук, ног или всего тела, мышечные боли (в пояснице, грудной клетке и т.п.), учащенное сердцебиение, не вызванное физической нагрузкой, неприятное потение в моменты волнения, ощущение прилива крови к голове, головная боль.

При дальнейшем сравнении усредненных значений показателей симптоматических шкал методики Е. Александровича (Табл. 1.) было выявлено, что в случае наличия астено-дистимического радикала достоверно ($p < 0,01$) преобладали (по сравнению с показателями тревожного радикала) значения 1 (фобии), 2 (депрессия), 14 (алкогольные проблемы), 16 (нарушения вегетативной регуляции), 18 (конверсионные расстройства) шкал, а также ($p < 0,05$) 6 (неврастения), 9 (навязчивые состояния) шкал. В случае тревожного радикала достоверно ($p < 0,001$) преобладали (по сравнению с астено-дистимическим) показатели 3 (тревога), 4 (нарушения сна) и ($p < 0,05$) 12 (психастения) шкал.

В случае тревожного радикала ПСРД навязчивые воспоминания возникали реже, чем у пациентов с астено-дистимическим радикалом ПСРД, однако сюжет психогении чаще воспроизводился в снах угрожающего характера. Имели место трудности засыпания, ночные пробуждения, достаточно интенсивное переживание неприятных событий. Чувство вины, снижение

веры в свои силы, неуверенность в себе, ощущение тревоги, беспокойства, чувство, будто ты хуже других людей, хотя и присутствовали, не причиняли таких страданий, как в случае клинически выраженного ПТСР. Отмечались потребность в одиночестве, ощущение враждебности окружающих. Соматический компонент тревожного радикала характеризовался непроизвольным дрожанием век, судорогами мышц в различных частях тела, нарушениями стула.

При недифференцированном радикале ПСРД психосимптоматика имела еще более мягкий характер, чем при астено-дистимическом и тревожном радикалах. Отмечались эпизоды flashbacks, сновидения, возвращающие пациентов в атмосферу экстремальной психогении, трудности засыпания. Присутствовало чувство тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения. Имели место трудности в концентрации, сосредоточении внимания, чувство усталости.

По результатам однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) при недифференцированном радикале ПСРД имеют место достоверные ($p < 0,01$) отличия от тревожного радикала ПСРД по 2,3,5,10,12 и 15 симптоматическим шкалам, тогда как от астено-дистимического радикала ПСРД отличий по 3, 5 и 15 шкалам не наблюдается ($p > 0,05$). В свою очередь, отличия недифференцированного и астено-дистимического радикалов имеют место при сравнении показателей 2, 4, 9, шкал ($p < 0,01$) и ($p < 0,05$) 1, 7, 8, 10, 11, 14, 16 шкал (Табл. 1.).

Таким образом, при изучении группы ПТСР и лиц с ПСРД, установлено, что помимо выраженности основного симптомокомплекса посттравматического стрессового расстройства, имелись определенные отличия в постстрессовой психосимптоматике, что позволило говорить о психопатологических радикалах данных психических нарушений. Отмеченные психопатологические радикалы позволяют более детально рассмотреть особенности психопатологического своеобразия постстрессовых расстройств как клинического, так и доклинического уровня, что представляется достаточно перспективным при исследовании предрасполагающих факторов, связанных с экстремальными стрессорами психических нарушений, разработке профилактических и реабилитационных мероприятий.

В.Ю. Омелянович

**КЛІНИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТСТРЕСОВИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У
СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ У
НАДЗВИЧАЙНИХ ОБСТАВИНАХ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

У статті наведені результати вивчення психопатологічних наслідків перебування у надзвичайних обставинах у співробітників органів внутрішніх справ. На базі студіювання великої кількості клінічних випадків були визначені групи осіб, що страждали на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), постстресові психічні розлади доклінічного рівню (ПСРД) та групу, у представників якої ніяких наслідків впливу екстремальної психогенії зафіксовано не було (БПР). Вказані групи були детально описані, крім того, на базі глибинного вивчення психосимптоматики, типової для представників груп ПТСР та ПСРД, були визначені та студійовані психопатологічні радикали, які є супутниками «стрижневого» симптомокомплексу постстресового розладу. Наведені у статті дані були об'єктивізовані засобами математичного аналізу та мають високий рівень статистичної значущості. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 86-92)

V.U. Omelianovich

**CLINICAL PECULIARITY OF THE POSTSTRESS PSYCHICAL DISORDERS BY
EMPLOYEES OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS AT THE EXTREME
SITUATION**

Donetsk State medical University by M.Gorky, Ukraine

The results of psychopathological research consequences investigations, begin in extreme situation betwing frose structwas employees are given. On the basis of plenty of clinical supervision stunding, the next groups were located: Posttraumatic stress disorder groups (PTSD); Poststress pre-clinical disorder groups (PSPD); The group without any psychical disorders (WPD). This specified groups were described in details.

In the basis of psychosymptomatic profound study, inherent to the PTSD and PSPD groups representatives, psychopathological radicals of poststress disorder were founded and investigated. This radicals were accompanying of «radical» poststress disorder symphomatic kompleks. The information, given in this wittle, was objectivises with help of mathematic analysis and had a rate of statistical reliabylity. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 86-92)

Литература

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. — Т 1. — Красноярск, 1990. — С. 4-6.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А. и др. Структура предболезненных нервно-психических расстройств по данным скрининга // Тезисы II научно-практической конференции психиатров и наркологов Донбасса. — Донецк, 1990. — С. 66-67.
3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их коррекция. М. Наука, 1976.
4. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., соавт. Психогении в экстремальных условиях.- М., 1991.
5. Гурин И.В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами. Автореферат дис. к.м.н., М., 1996.-с. 11.
6. Гурин И.В. Клиника астенодепрессивного варианта посттравматического стрессового расстройства у пострадавших с ожогами // Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии: Материал. Республ. Научн.-практ. Конфер. — Москва-Ставрополь, 1994.-С. 53-54.
7. Фролова А.А. //Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.
8. Amick-Mcmullan, A., Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. // Behavior Modification, -1991, N 15, -P. 545-559.
9. Gleser, G.C., Green, B.L. & Winget, C. Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press.- 1981.
10. Keane, T.M., Caddell, J.M. & Taylor, K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. Journal of Consult-ing and Clinical Psychology, 1988., № 56, p. 85-90.
11. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner — Mazel -1990.

Поступила в редакцию 8.10.2001г.

УДК: 616.891: 616.11.4: 615.851

*А.И. Сердюк, Б.В. Михайлов, Н.В. Мирошниченко***НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕВРАСТЕНИЙ И НЕВРАСТЕНОПОДОБНЫХ СИНДРОМОВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Ключевые слова: неврастения, неврастеноподобный синдром, соматические заболевания

Неврастения, как одна из форм неврозов, отличается опережающим количественным ростом по отношению к другим формам, характеризуется значительным патоморфозом клинической картины и динамики течения [6].

При этом часто отмечается значительная «соматизация» клинической картины неврастении [5,7].

С другой стороны, наблюдается массовое включение неврастеноподобной симптомати-

ки в клинические проявления основных соматических заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, обмена веществ и других [2,9,10,11,12].

Многими исследователями отмечается своеобразная «конвергенция» клиники психогенных и соматогенных заболеваний [1,3,8], особенности которой в современных условиях требуют дальнейшего углубленного изучения [4].

Материал и методы исследования

Настоящее исследование посвящено изучению особенностей клинико-психопатологических и вегето-висцеральных проявлений у больных неврастенией (НС), а также гипертонической болезнью (ГБ) и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) с явлениями неврастеноподобного синдрома.

Обследовано в динамике 50 больных неврастенией, 45 — гипертонической болезнью I-II ст., 55- язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Во всех трех группах преобладали женщины (70,7%) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст — 36,5 лет). Диагноз подтверждался данными клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Для выявления и подтверждения вегетовисцеральных проявлений применен метод компь-

ютерного измерения электрокожного сопротивления по Р.Фолю.

Всем больным до начала лечения проводили также ортостатическую пробу, по результатам которой можно было судить о вегетативном обеспечении сосудистого тонуса организма.

Случаи, когда частота сердечных сокращений после пробы увеличивалась от 5 до 20 сокращений в минуту, а через три минуты возвращалась к исходной, расценивали, как нормальную реактивность; разница в 20 и более сокращений свидетельствовала о гиперреактивности; менее чем в 5 сокращений — гипореактивности; отсутствие изменений квалифицировали как торпидность; снижение частоты сердечных сокращений после пробы — как обратную (извращенную) реактивность.

Результаты исследования и обсуждение

При измерении электрокожного сопротивления по Р.Фолю у 52 чел. (34,7%) выявлены отклонения, характерные для дискинезии желчевыводящих путей, у 43 чел. (28,7%) — вегетососудистой дистонии по смешанному типу, у 29 чел. (19,3%) — дисметаболической нефропатии, у 38 чел. (25,3%) — остеохондроза позвоночника.

Среди общемозговых симптомов преобладали головные боли, как правило, частые, длительные, интенсивные, требующие приема обезболивающих и сосудистых препаратов, у больных неврастенией — преимущественно лобно-височной локализации, острые, пульсирующие, у больных гипертонической болезнью — чаще темен-

но-затылочной локализации, давящего, распирающего характера.

Данные ортостатической пробы у больных гипертонической болезнью свидетельствовали о превалировании у них признаков гиперреактивности (53,3%), у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки — гипореактивности (32,7%), а для больных неврастений было характерно почти равное представительство гипер- и гипореактивности (36,0% и 34,0%).

Клинические проявления непсихотических нарушений психической сферы у больных всех

трех групп отражали основные закономерности неврастенического симптомокомплекса.

Чаще всего у больных отмечались общая слабость, повышенная утомляемость (66,0-25,5%), раздражительность (48,0-29,1%) и нарушения сна (58,0-27,3%), реже — болезненно пониженное настроение (17,8-12,7%), навязчивости (20,0-12,0%), ослабление памяти (32,0-18,2%) и жалобы сенестопатического характера (22,0-11,1%).

Между тем, невротическая симптоматика у больных неврастеническим неврозом была ярче, красочнее, несла на себе «печать» перенесенной психотравмы.

Таблица 1

Основные клиничко-психопатологические проявления у больных с неврастениями и неврастеноподобным синдромом при соматических заболеваниях

№ п/п	Основные симптомы (жалобы) невротического характера	Частота признака в группах		
		неврастения (50 чел.)	гипертония (45 чел.)	язвен.б-нь (55 чел.)
1	Общая слабость, повышенная утомляемость	33 чел. (66,0%)	13 чел. (28,9%)	14 чел. (25,5%)
2	Раздражительность, несдержанность	24 чел. (48,0%)	12 чел. (26,7%)	16 чел. (29,1%)
3	Нарушения сна	29 чел. (58,0%)	11 чел. (24,4%)	15 чел. (27,3%)
4	Ослабление памяти	16 чел. (32,0%)	9 чел. (20,0%)	10 чел. (18,2%)
5	Болезненно пониженное настроение	7 чел. (14,0%)	8 чел. (17,8%)	7 чел. (12,7%)
6	Навязчивые мысли, действия	6 чел. (12,0%)	7 чел. (15,6%)	11 чел. (20,0%)
7	Сенестопатии	11 чел. (22,0%)	5 чел. (11,1%)	9 чел. (16,4%)

Явления раздражительной слабости и диссомнические расстройства при неврастеноподобном синдроме у больных как гипертонической, так и язвенной болезнью встречались почти в два раза реже, чем у больных неврастениями (соответственно 24,4-29,1% против 48,0-66,0%).

Депрессивная симптоматика более характерной была для больных гипертонической болезнью (17,3%), а навязчивые мысли, действия — для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (20,0%).

При клиничко-анамнестическом исследовании у больных ГБ и ЯБ выявлялась клиническая и патогенетическая неоднородность непсихотических нарушений психической сферы, требовавшая дифференцированных подходов к их коррекции:

1) соматогенно-астенический симптомокомплекс, чаще встречавшийся у больных с давними и тяжелыми проявлениями соматических заболеваний, с неяркой, но тесно связанной с соматическим состоянием неврозоподобной симптоматикой;

2) неврастения, как острый невроз, развившийся в следствие перенесенных психотравм, у больных с соматическими заболеваниями, чаще легкой формы и течения, с яркой невротической симптоматикой, вытесняющей жалобы соматического характера;

3) неврастения, как затяжной невроз и невротическое развитие на фоне которого возникло соматическое заболевание, проявления которого своеобразно вплетаются в клинику непсихотических нарушений психики.

О.І. Сердюк, Б.В. Михайлов, Н.В. Мірошніченко

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ВЕГЕТОВІСЦЕРАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НЕВРАСТЕНІЇ ТА НЕВРАСТЕНОПОДІБНИХ СИНДРОМІВ ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Вивчені особливості клініко-психопатологічних і вегето-вісцеральних проявів у хворих на неврастенію, а також гіпертонічну хворобу та виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки з явищами неврастеноподібного синдрому.

Виявлені деякі відмінності показників електро-шкіряного опору при вимірюванні по Р.Фоллю та стану вегетативної нервової системи за даними ортостатичної проби, а також психопатологічних проявів неврастенічного синдрому в трьох групах.

Головним висновком дослідження є патогенетична і клінічна неоднорідність неврастеноподібних порушень у хворих на соматичні захворювання, яка обумовлює необхідність диференційованого підходу до їх корекції. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2001. — № 1 (8). — С. 93-95).

A.L. Serdyuk, B.V. Mikhaylov, N.V. Miroschnichenko

SOME CLINICAL AND VEGETATIVE-VISCERAL PECULIARITIES OF CONTEMPORARY NEURASTHENIA'S CLINICAL FORMS AND SOMATOGENIC NEURASTHENIA-LIKE SYNDROMS

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

The some detergents of skin impedance indices according to R.Foll method and vegetative nervous system condition were shown, as well as psychopathological phenomenons on patients of three groups.

The main result of investigation: a pathogenic and clinic ununiformity neurasthenia-like disturbauces with the differential correctional complex must bi working-up. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2001. — № 1 (8). — P. 93-95).

Литература

1. Древицкая О.О., Слободянюк Л.Ф., Тонкаль Н.И. К вопросу о взаимосвязи невротических и неврозоподобных расстройств // На грани нормы и патологии: Матер.обл.науч.-практ. конф. - Стрелечье, 1994. - С.39.

2. Карвасарский Б.Д., Простомологов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов.-Кишинев: Штиинца, 1988. - 165 с.

3. Марута Н.А. Дифференцированная психотерапия эмоциональных нарушений при неврозах // Укр. вісник психоневрології. - Харків, 1994. -Вип.3. -С. 198 - 202.

4. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади // Укр.вісник психоневрології. - Харків, 1996. -Том № 4, вип. 5(12). -С. 292 - 294.

5. Пшук Н.Г. Соматизовані депресії в загальносоматичній мережі: Автореф. дис. докт. мед. наук. - Харків, 1996. - 46 с.

6. Чабан О.С. Загальні закономірності патоморфозу неврозів // Укр. вісник психоневрології. - Харків, 1996. - Том № 4, вип. 5 (12). - С. 252-253.

7. Фільц О.О., Кечур Р.В. До питання про особливі варіанти соматоформних розладів // Укр. вісник психоневрології. -

Харків, 1995.Том № 3, вип. 2 (6). - С. 217.

8. Цивилько М.А. Дифференциально-диагностические и прогностические характеристики астенических состояний при хронических соматических заболеваниях // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тез.докл. на Пленуме правления об-ва.-М., 1990.-С. 279-281.

9. Deter H.C., Rapf M.,Gladisch B.. Psychodiagnostische Verlaufsuntersuchungen von Morbus - Cronn - Patienter Wahrend der internischen Intensivbehandlung // X. Gastroenterol. - 1993. -Vol.31, ю 12.-P.703-710.

10. Hartog J., Hartog E.A. Cultural aspects of health and illness behavior in hospitals // West. J. Med. - 1993. -Vol. 139, № 6. -P.910 - 916.

11. Hawthorne M.M., Hixon M.E. Functional status, mood disturbance and quality of life in patients with heart failure // Prog.Cardiovasc.Nurs. - 1994. - Vol. 9, № 1. - P. 22 - 32.

12. Janson C., Bjornsson E., Hetta J. et al. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma // Am.J.Respir.Crit.Care Med. - 1994. - Vol. 149, № 4. - P. 930 - 934.

Поступила в редакцію 20.10.1998г.

УДК 616.89 – 084

*Ю.В.Никифоров, С.Г.Пырков, О.К.Малтанар, А.Н.Луни.***ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ С УСИЛЕННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)**

Донецкий государственный университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: общественно опасные действия, профилактика, психически больные.

Проблема общественно опасного поведения психически больных относится к числу наиболее актуальных в психиатрии. О возможности совершения правонарушений людьми с большой психикой писали еще психиатры прошлого и начала нынешнего веков [4, 5, 11-13 и др.].

Данная проблема не потеряла своего значения и в настоящее время. Это обусловлено тем, что в период экономического кризиса в постсоветском пространстве (в том числе и в Украине) одновременно с общим увеличением уровня преступности наблюдается рост противоправных действий среди лиц с психическими заболеваниями [1, 3, 6, 8-10 и др.].

В настоящее время, несмотря на многочисленные публикации по проблемам агрессивного поведения психически больных, вопрос клинического прогнозирования такого поведения является нерешенным [2].

Анализ работ зарубежных авторов, которые посвящены вопросам профилактики общественно

но опасных действий (ООД) психически больных, продемонстрировал разнообразие концептуальных подходов и разные направления их изучения. По мнению С.В.Жабокрицкого (1997), в Украине подобные исследования не проводились, и поэтому возникла необходимость научных поисков в этом направлении. Таким образом, предупреждение общественно опасных действий психически больных по-прежнему является одной из актуальных проблем общей и судебной психиатрии.

Профилактика повторных общественно опасных действий (ООД) психически больных является одной из важнейших задач принудительного лечения в условиях психиатрических больниц (отделений) с усиленным наблюдением. Однако эффективность ее остается недостаточной. Об этом свидетельствуют факты совершения душевнобольными повторных ООД, несмотря на применявшиеся к ним ранее принудительные медицинские меры [7, 9 и др.].

Методы исследования

Исследование проводилось на базе отделения с усиленным наблюдением областной психиатрической больницы г.Ждановка. Материалом для анализа послужили истории болезни больных, проходивших принудительное лечение в указанной больнице с 1990 по 2000гг. Использовался клинический и статисти-

ческий методы исследования, предусматривающие многофакторный анализ полученной информации.

Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов – Стьюдента и Фишера. Различия признавались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за период с 1990 по 2000 г. в отделение поступило 445 человек в возрасте от 18 до 70 лет. Удельный вес больных, переведенных из других психиатрических стационаров, за десятилетний период составил 67,2%, из них на долю лиц, направленных из УПБИН г.Днепропетровска приходилось 47,2%. Количество лиц, посту-

пивших по направлению суда для прохождения принудительного лечения, составило лишь 32,8%. Следует отметить, что указанное выше соотношение по годам за период с 1999 г. по 2000 г. практически не изменялось.

Таким образом, с одной стороны, в отделение с усиленным наблюдением поступают боль-

ные, требующие купирования психотической симптоматики, а с другой – больные, у которых медикаментозная терапия должна постепенно уступать место реабилитационным мероприятиям. Подобное обстоятельство ставит перед отделением с усиленным наблюдением многочисленные задачи, решение которых с нашей точки зрения невозможно без расширения материально-технической базы и улучшения финансирования данной структурной единицы, а также введения в штат стационара медицинских психологов, психотерапевтов, социальных работников.

По нозологическому составу за изученный период преобладали больные шизофренией (72,0%) и органическим поражением головного мозга (17,5%).

Средняя длительность пребывания больного в отделении составила около 2-х лет. При сравнении возраста психически больных и характера их ООД была установлена следующая закономерность: чаще всего совершали наиболее тяжкие правонарушения (умышленное убийство, убийство при отягчающих обстоятельствах, умышленное тяжкое телесное повреждение) лица в возрасте от 30 до 50 лет.

По характеру общественно опасных действий больные распределились следующим образом: совершили умышленное убийство, убийство при отягчающих обстоятельствах — 20,04%; умышленное тяжкое телесное повреждение — 16,56%; разбой, хулиганство, незаконное ношение, хранение, приобретение, изготовление и сбыт оружия, боевых и взрывчатых веществ — 18,52%; изнасилование, удовлетворение половой страсти в извращенных формах — 4,57%; хищение государственного и коллективного имущества — 10,68%; кражи — 25,49%; изготовление, приобретение, хранение или сбыт ядовитых и сильнодействующих веществ — 4,14%.

При анализе десятилетнего катамнеза установлено, что наиболее часто больными после лечения в отделении с усиленным режимом совершались кражи — 30,2%. На втором месте — больные, привлекавшиеся к уголовной ответственности за хулиганство, разбой, незаконное ношение, хранение, приобретение и сбыт оружия — 21,7%. Остальные группы больных распределились следующим образом: совершили умышленное тяжкое телесное повреждение — 17,1%; хищение государственного или коллективного имущества путем кражи, разбой с целью хищения, умышленное уничтожение государственного и коллективного имущества -12,6%;

изнасилование, удовлетворение половой страсти в извращенных формах — 5,4%; изготовление, приобретение, хранение или сбыт ядовитых и сильнодействующих веществ — 4,9%.

Таким образом, большинство случаев повторных ООД (после лечения в отделении с усиленным наблюдением) совпадали по характеру с первичными (до лечения). По-видимому, криминальный опыт, приобретенный во время впервые совершенного правонарушения, накладывает определенный отпечаток на последующее социально опасное поведение психически больных.

Следует отметить, что имущественные общественно опасные действия были совершены больными до поступления в больницу с усиленным наблюдением в 36,17% случаев, а после — в 42,8% ($p < 0,05$). По остальным правонарушениям статистически достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

В результате анализа характера ООД при различных психических заболеваниях установлено, что у больных шизофренией (на них приходится более половины всех общественно опасных действий), по сравнению с лицами, страдающими органическим поражением головного мозга, наблюдается более низкий показатель опасных действий против жизни, здоровья личности и более высокий — против общественной и личной собственности. По-видимому, это связано с клиническим многообразием позитивных и дефицитарных расстройств, отмечающихся при данном заболевании.

В структуре общественно опасных действий больных умственной отсталостью преобладали имущественные деликты с тенденцией к росту ($p < 0,05$). Выявленные изменения структуры ООД умственно отсталых больных позволяют предположить взаимосвязь материального неблагополучия данного контингента и роста имущественных правонарушений среди них, что определяет нормализацию уровня жизни как один из ведущих аспектов профилактики их криминального поведения.

При анализе клинической картины больных, совершивших ООД после лечения в отделении с усиленным наблюдением, установлено преобладание лиц, медикаментозное лечение которых не могло в полном объеме повлиять на уровень их социальной адаптации. Данное обстоятельство, а также достоверное увеличение удельного веса правонарушений, совершенных психически больными по реально-бытовому мотивам особенно в условиях социально-экономической нестабильности в обществе, подтверждает особую

актуальность социального аспекта профилактики повторных ООД (социальная защита, социальная интеграция). Поэтому, с нашей точки зрения, разработку профилактических программ и их реализацию в условиях отделения с усиленным наблюдением следует осуществлять многопрофильной бригаде специалистов, состоящей из психиатра, психотерапевта, психолога и соци-

ального работника.

Таким образом, настоящее сообщение, носящее предварительный характер, предопределяет актуальность изучения проблемы эффективности принудительного лечения в психиатрическом отделении с усиленным наблюдением и необходимость разработки новых принципов профилактики повторных ООД психически больных.

Ю.В.Нікіфоров, С.Г.Пирков, О.К.Малтапар, А.Н.Лунін

ПРО ЭФЕКТИВНІСТЬ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ У ПСИХІАТРИЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ (ПОПЕРЕДНЄ ПОВІДОМЛЕННЯ)

Донецький державний медичний університет, Україна

Отримовані дані підтвердили необхідність розробки диференційованих лікувально-реабілітаційних програм з урахуванням провідного психопатологічного синдрому.

Вивчення повторних СНД на різних етапах суспільного розвитку дозволило вситановити найбільш слабкі ланки у низці профілактичних заходів, спрямованих на їх запобігання, виділити найбільш небезпечний контингент хворих та обґрунтувати основні аспекти примусових заходів медичного характеру у відношенні до них. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 96-98)

U.V.Nichiforov, S.G.Pyrkov, O.K. Lunin, A.N. Maltapar

ABOUT THE EFFECTIVENESS OF FORCED TREATMENT IN THE PSYCHIATRIC DEPARTMENT WITH INTENSIFIED OBSERVATION (PRELIMINARY REPORT)

Donetsk state Medical University, Ukraine

The obtained facts confirmed the necessity of the liberation of the strictly differentiated programmers with due regard for the future psychopathological syndrome.

The studding of the recurring public dangerous activities on different stages of social development made it possible to determine the weakest links in the chain of the preventive measures undertaking for the prevention of PDA and also made it possible to pick out the most dangerous contingent of the diseased and to give the proof of the main aspects of the medical compulsory measures concerning the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 96-98)

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами //Российский психиатрический журнал. - М., 1999. — №4. — С.4-9.

2. Жабокрицький С.В. Науково-методичні підходи до профілактики агресивних дій психічно хворих // Архів психіатрії. — Київ, 1997. — Випуск 12-13. — С. 238-241.

3. Казаковцев Б.А. Актуальные проблемы психиатрической помощи в России // Журнал социальной и клинической психиатрии. - М., 1999. — №1. - С.82-84.

4. Ковалевский П.И. Судебно-психиатрические анализы. — Киев, 1881. — Том 2. — 300с.

5. Корсаков С.С. Курс психиатрии. - М.,1913. — Том 2. — С.233-251.

6. Кулик А.Г., Бобырь В.И. Общая тенденция преступности в Украине в 1972-1993 гг. и прогноз на ближайшие годы //Преступность в Украине. Бюлетень законодательства и юридической практики Украины. -Киев, 1994. — №2. - С.5-37.

7. Мельник В.І. Епілепсія в судово-психіатричній практиці (клініка, судово-психіатрична оцінка, профілактика) //Автореф. дисертації ... доктора медичних наук. — Київ, 2001. — 40с.

8. Осколкова С.Н., Кумечко В.М. Клинические и социальные предпосылки антисоциального поведения больных шизофренией юношеского возраста // Российский психиатрический журнал. - М., 1999. - №5. - С.19-23.

9. Положая З.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия в разные периоды развития общества // Автореф. дисс. на ... канд. мед. наук. - М., 1999. - 28с.

10. Резолюция Пятого Всероссийского совещания по судебной психиатрии. 31 мая 1996 года // Журнал социальной и клинической психиатрии. - М., 1996. — №4. - С.85-86.

11. Сербский В.П. Испытуемые за 1886 год в Тамбовской лечебнице для душевнобольных // Архив психиатрии. — 1888. — Том 12. - №2. - С.1-29.

12. Falret J. De l'etat mental des epileptiques //Archives General Medicine. — 1860. - P.660-665.

13. Lange J. Crime as destiny. — London, 1931. — 230p.

Поступила в редакцию 28.09.2001г.

УДК 616.895.8:616-053

*Е.Г. Сонник***СОМАТИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ, В КОТОРЫХ ОТЕЦ БОЛЕЕТ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Ключевые слова: шизофрения, психотравма, акцентуация характера, психотерапия

Опубликованные данные содержат сведения об отсутствии в семьях больных шизофренией единства взглядов и взаимного доверия [1,2]. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных кон-

фликтах. Семьи, как правило, распались на две враждующие фракции («супружеское расщепление»).

Целью настоящего исследования было проследить психосоматическое развитие детей в семьях, где отец болен шизофренией в ближайшем и отдаленном периодах жизни.

Материал и методы исследования

Для детального изучения детей было отобрано 88 семей. Из них у 69 (78,41%) семей было по одному ребенку и у 19 (21,59%) по два. Мальчиков — 68 (77,27%); девочек — 39 (22,73%). Возраст детей был от 7 до 12 лет.

Изучая анамнез детей со слов матери установлено, что все они родились при спонтанных родах. Доношенных было 104 (97,20%), недоношенных — 1 (0,93%), переносных — 2 (1,87%).

По весу все они распределялись следующим образом: от 2200 до 2500 г — 1 (0,93%), от 2500 до 3000 г — 23 (21,49%), от 3000 до 3500 г — 51 (47,67%), от 3500 до 4000 г — 24 (22,43%), от 4000 до 5000 г — 8 (7,48%) детей. Средний вес при рождении равен ($M \pm m$) $3389 \pm 32,44$ г, средний рост — $50,81 \pm 0,1$ см.

При рождении у 16 (14,95%) детей наблюдалось обвитие пуповины вокруг различных частей тела. Короткая пуповина отмечена у 1 (0,93%) новорожденного. В удовлетворительном состоянии родилось 95 (88,78%) новорожденных, в легкой асфиксии — 9 (8,42%), в асфиксии средней тяжести — 2 (1,87%), в тяжелой — 1 (0,93%).

У части новорожденных диагностированы родовые травмы. Так, у 2 (1,87%) из них была кефалогематома, по 1 (0,93) случаю: гематома мягких тканей головы, перелом ключицы, гематома бедра, кровоподтек века. 3 (2,80%) детей родилось с аномалиями развития, в том числе 1 ребенок с деформациями стоп, 1 — с подвывихом бедра и 1 — с дефектом развития ушных раковин.

Полученные результаты и их обсуждение

Период новорожденности у 105 (98,13%) детей протекал гладко. У остальных 2 (1,87%) наблюдались нарушения мозгового кровообращения, которые проявлялись цианозом и бледностью кожных покровов, беспокойством или вялостью, судорогами мышц конечностей, слабостью сосательного рефлекса.

В отдаленном периоде осмотрены все изучаемые дети. До дня осмотра они болели различными заболеваниями. Корь перенесли 45 (42,06%) детей, ветряную оспу — 32 (29,91%), коревую краснуху — 11 (10,28%), эпидемический паротит — 10 (9,34%), коклюш — 7 (6,54%), скарлатину — 14 (13,08%), дизентерию — 8 (7,48%).

Из болезней органов дыхания — грипп и катар верхних дыхательных путей — отмечены у 59 (55,14%), ангины — у 23 (21,49%), острый бронхит — у 2 (1,87%) детей, пневмония — у 41 (38,32%) ребенка. Аденоидами и хроническим тонзиллитом страдали 4 (3,74%) детей, катаральным отитом — 7 (6,54%).

Различные формы ревматизма диагностированы у 3 (2,80%) человек. У 1 (0,93%) человека был фурункулез, 1 (0,93) — произведена аппендэктомия и грыжесечение — 2 (1,87%) детям.

Развитие психомоторных навыков изучалось путем подробного собирания анамнеза. Полученные данные обработаны методом вариаци-

онной статистики. При этом установлено, что самостоятельно держать головку дети начали в среднем ($M \pm m$) в $7,84 \pm 0,16$ недель, узнавать окружающих в $11,31 \pm 0,16$ недель, сидеть в $25,14 \pm 0,25$ недель, ходить в $46,01 \pm 0,39$ недель. Пер-

вые зубы у детей в среднем прорезались в $20,23 \pm 0,39$ недель, говорить дети стали в $42,23 \pm 0,68$ недель. Следовательно, психомоторные навыки, как видно из приведенных данных, у детей развивались нормально.

Таблица 1

Акцентуация характера детей, чьи отцы болеют шизофренией

Тип акцентуации	Мальчики, n=68		Девочки, n=39	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Эпилептоидный	18	26,47	11	28,21
Астено-невротический	7	10,29	4	10,26
Истероидный	6	8,82	5	12,82
Психастенический	11	16,18	6	15,38
Шизоидный	13	19,12	7	17,95
Сенситивный	9	13,23	5	12,82
Гипертимный	4	5,89	1	2,56

В соматическом статусе на момент обследования патологических отклонений установлено не было.

При детальном изучении неврологического статуса у 9 (8,41%) детей выявлены патологические неврологические симптомы. Ниже приводим распределение выявленных патологических симптомов по их удельному весу в группе больных детей. Так, у 3 (2,80%) детей диагностирована повышенная раздражительность. Снижение зрения наблюдалось у 2 (1,87%) человек.

По два случая было с частичными симптомами Горнера и сходящимся косоглазием (по 1,87%). Сглаженность носогубной складки, как компонент центрального поражения лицевого нерва, отмечена у 2 (1,87%) больных.

Расстройство координационных движений наблюдалось у 1 (0,93%) ребенка, проявлялось оно в промахивании при выполнении пальценосовой пробы. Гиперрефлексию сухожильных и периостальных рефлексов с расширением рефлексогенных зон наблюдали в одном случае.

Таблица 2

Характеристика психотравм (конфликтов) у детей, в семьях которых отец болен шизофренией

Конфликт	Мальчики, n=68		Девочки, n=39		Всего, n=107	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Эмансипационный	21	30,88	10	25,64	31	28,97
Нарушение группирования со сверстниками	32	47,06	16	41,02	48	44,86
Ломка жизненного стереотипа	15	22,06	8	20,51	23	21,49
Комплекс неполноценности	7	10,29	4	10,26	11	10,28
Крах завышенного уровня притязаний	2	2,94	1	2,56	3	2,80
Невозможность удовлетворения высоких требований к себе	10	14,70	6	15,38	16	14,95
Дисгармоничные взаимоотношения в семье	68	100,0	39	100,0	107	100,0
Неправильное воспитание	68	100,0	39	100,0	107	100,0
Сексуальная психотравма	29	42,65	13	33,33	42	39,25

У 4 (3,74%) детей в патологический процесс была вовлечена вегетативная нервная система. Это проявлялось неприятными ощущениями в под-

ложечной области, бледностью или покраснением лица, тахикардией, головокружением, повышенной потливостью, агриппническими расстройствами,

нарушением аппетита, дрожанием пальцев рук в позе Ромберга, белым стойким дермографизмом или красным разлитым и др. Все описанные симптомы встречались большей частью не изолированно, а в различных сочетаниях.

Из приведенных данных видно, что изучаемые дети при клиническом обследовании в отдаленном периоде в 91,59% (98 из 107) случаев оказались сомато-неврологически и психически здоровыми. В то же время при изучении параметров личности детей были выявлены акцентуации характера разных типов (таблица 1).

У мальчиков чаще всего отмечались эпилептоидный, шизоидный, психастенический, несколько реже сенситивный, астеноневротический, истероидный и в единичных случаях — гипертимный типы акцентуаций.

У девочек распределение акцентуаций мало чем отличалось от мальчиков. Так, больше всего было эпилептоидных, шизоидных и психастенических, затем шли истероидный, сенситивный и астеноневротический и лишь в одном случае отмечался гипертимный тип акцентуации.

Проведенный анамнестический анализ позволил выявить у изучаемых детей хронические психические травмы (конфликты) различного характера (таблица 2). Как видно из таблицы, имеет место множественность психотравм и неправильное воспитание всех детей. При этом мальчики больше страдали от нарушения группирования со сверстниками, а девочки — от конфликтных отношений в семье. Большую роль как у мальчиков, так и у девочек играла также сексуальная психотравма.

Подводя итог проведенному исследованию, можно отметить, что, несмотря на наличие в соматическом и психоневрологическом статусах обследованных детей как в ближайшем, так и в отдаленном периодах, незначительных отклонений, имевших место лишь в 8,41% случаев, учитывая различные психотравмы в семьях, где отец болен шизофренией, и имеющиеся у детей акцентуации характера, следует проводить различные виды семейной психотерапии с целью профилактики развития невротических, а, возможно, и более тяжелых психических расстройств.

Є.Г. Сонник

СОМАТИЧНИЙ І ПСИХІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ У СІМ'ЯХ, ДЕ БАТЬКО ХВОРІЄ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Вивчалися діти у 88 сім'ях, де чоловіки хворіють на шизофренію. Детально обстежено у найближчому та віддаленому періоді 68 (77,27%) хлопчиків і 39 (22,73%) дівчаток. Надано характеристику психотравм у дітей і висвітлено види акцентуації характеру у таких дітей. Підкреслено необхідність проведення у цих сім'ях сімейної психотерапії з метою профілактики психоневрологічних захворювань у таких дітей. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 99-101)

E.G. Sonnik

SOMATIC AND PSYCHIC CONDITION OF CHILDREN IN FAMILIES WHERE A HUSBAND IS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

Kcharkiv medical academy of postgraduate education, Ukraine

There were studied children in 88 families in which husband were suffering from schizophrenia. There were examined in close and follow up period 68 (77,27%) of boys and 39 (22,73%) girls. There was given the characteristics of psychotraumatata in children and showed the kinds of accentuation of the character in such children. There underlined the necessity of conducting the family psychotherapy in such families with a purpose of prevention of psychoneurological diseases in such patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 99-101)

Литература

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Издательство «Питер», 1999.- 656 с.: (Серия «Мастера психологии»).

2. Wynne L.C. Family research and family therapy: A reunion? Journal of Marital and Family Therapy, 1983. — 9.- S.113-117.

Поступила в редакцию 3.04.2001г.

УДК 616.39+618.6]-06:616.89

*Urszula Dudziak, Wiktor Kopacz***ПОГЛЯДИ НА ПРОКРЕАЦІЮ ВАГІТНИХ ТА ЖІНОК-ПОРОДІЛЬ**

Католицький Університет у Любліні, Польща

Предметні гасла: прокреація, регуляція зачаття, натуральне планування сім'ї, антиконцепція, аборт.

В даній статті представлено висловлення акушерок на тему дітородності сім'ї і метод її планування. Враховано здоров'я, психологічні і моральні аспекти. Вказано потрібність підтримки позицій відповідального народжування службою здоров'я.

Необхідність досліджування постав в зв'язку з прокреацією підкреслюють демографи [4, 7], етики [1], психологи [2], лікарі [5], політики [6].

Від якості прийнятих постав залежить існування і моральне майбутнє суспільства. Метою проведених досліджень було визначення відношення щодо прокреації в аспекті здоров'я, а також в аспекті суспільному і моральному. Результати проведених досліджень можуть мати значення суспільне, виховне і для здоров'я і служать допомогою в формуванні і підтриманні батьківських постав, а також клопотанню про добро дитини.

Матеріали і методи

Місцем досліджень був Акушерний Відділ в Обласній Спеціалізованій Лікарні в Любліні. Дослідним знаряддям була анкета в опрацюванні У. Дудзяк. [3], за допомогою якої зібрано висловлення так званого статистичного мінімуму, тобто 30 жінок-породіль. Дослідження проведено в травні 1998 року. Пацієнтки були запевнені про повну анонімність, а також про виключно науковий характер досліджень. Відповідали добровільно.

Вік досліджуваних становив 20–39 років (середньо 27,6 років). В більшості це були жінки з середньою освітою (60,7%), за походженням з інтелігенції (46,7%), які проживають в Любліні (46,7%). В генераційних сім'ях респонденток число дітей найчастіше складає двоє (36,7%), троє (26,7%), четверо (16,7%), п'ятеро (10%) і одна дитина (також у 10% жінок беручих участь у анкеті).

Результати та їх обговорення

Прокреаційні ставлення пов'язуються з потребою забезпечення для сім'ї відповідних матеріальних і житлових умов. Близько половина досліджуваних жінок (46,7%) на даний момент проживає у власній квартирі, по 20% у батьків чоловіка або у своїх батьків, а 13,3% — на знятій квартирі. У 66,7% фінанси постійні, а у 33,3% — змінні.

Серед респонденток 36,7% народило свою першу дитину, 26,7% — другу, 36,7% — третю. Зачаття дитини планувало разом з чоловіком 53,3% жінок. Жінки були б найбільш задоволені, коли б кількість дітей в їх подружжі виносила двоє або троє (по 40% в кожній групі), мати одну дитину хотіло б 20% анкетованих. Чоловіки хотіли б, щоб в їх сім'ї було двоє (46,7%) або троє (40%) дітей, а 13,3% жінок не знало скільки дітей в сім'ї хочуть мати їх чоловіки.

Рішуча більшість респонденток вказує бажання мати дітей. Погляди в зв'язку з бажан-

ням мати дітей а також з їх обґрунтуванням представляє Таблиця 1.

Ставлення до методів регуляції зачаття і народжування являються елементом прийнятого світогляду. Зрації того жінки, які висловлювалися, визначали свій стосунок до віри і релігійних практик, що зображує рис. 1 і рис. 2. Терміном «пошукуючий» назвали жінки становище, в якому ще немає власної думки в справі віри (чи прийняти її чи відкинути) але не є це справа байдужа, тому що виступає прагнення, щоб виробити собі цю думку. Дані, представлені на кольорових діаграмах, підтверджують і показують розбіжності, які трапляються між віросповіданням а реалізацією релігійних практик.

Визначаючи своє ставлення до зв'язку із застосуванням антиконцепційних засобів, 30% жінок досліджуваної групи стверджує свій протест, а 50% схвалює. Ставлення 20% жінок можна зарахувати як амбівалентну. Вони твердять, наприклад що «потрібно стосувати антикон-

цепційні засоби, тому що вони є ефективні і одночасно не потрібно їх стосувати, бо вони є шкідливі», або «потрібно застосувати антиконцепційні засоби, бо забезпечують свободу статевого акту, але не повинно застосовувати антиконцепційних засобів, тому що це заборонено Церквою», або «є ефективними, але відбирають

природність статевого акту». Серед респонденток, які вважають, що не потрібно застосовувати антиконцепційних засобів в обґрунтуванні перевагає аргумент, що вони є шкідливі, другим з уваги на частоту обґрунтуванням є те, що відбирають вони природність статевого акту, третім є погляди релігійні.

Таблиця 1

Прагнення мати дитину в деклараціях жінок-породіль

Ставлення до прокреації	Процент групи
Хочу мати дітей	93,3
- діти надають сенс життю	26,7
- будують сімю	23,3
- люблю дітей	16,7
- так вирішила	10
- діти – це Божий дар	3,3
- інші обґрунтування	13,3
Не хочу мати дітей	6,7
- невідповідний вік	3,3
- погане матеріальне становище	3,3

Жінки, які вважають, що потрібно застосовувати антиконцепційні засоби, обґрунтовують свої погляди перед усім тим, що запевнюють вони свободу статевого акту, є ефективними і є в легальній продажі.

В питанні про ознаково-термічний метод, 63,3% жінок декларувало про ознайомлення разом з веденням власних графіків й умінням їх інтерпретувати. Дуже мале ознайомлення з цим методом подавало 33,3% анкетованих, натомість одна особа взагалі не знала цього методу.

Свій протест в зв'язку з абортom виразило 70% респонденток.

В обґрунтуванні найчастіше подавали, що: «аборт це вбивство, це брутальне переривання життя» – 26,6%, «це є незгідне з вірою, спротивляється цьому сумління» – 20%. Появлялися також відповіді: «запліднена яйцеклітина це повноцінна людина», «це не є спосіб на те, щоб не мати дітей», «аборт являє собою фізичну і психічну загрозу», «це незгідне з природою», «кожна дитина є даром».

Решта 30% анкетованих схвалює аборт: «в випадку небезпеки життя матері і дитини», «кож-

на жінка має право до рішення», «якщо дитина має бути небажаною», «якщо не має засобів на утримання», «якщо мати є алкоголіком», «коли відомо, що дитина буде недорозвинута» або «вагітність є наслідком зґвалтування».

Респондентки запитані про своє ставлення до закону з 1956 року, який допускає аборт з юридичних, медичних і суспільних причин відповіли, що:

- потрібно його ліквідувати – 30%
- потрібно його обмежити – 23,3%
- може бути може не бути – 13,3 %
- лишити його без змін – 30%
- потрібно його розширити – 3,3%

Жінки які є за обмеженням вище вказаного закону, вважали, що потрібно його обмежити: «до особливих ситуацій», «згідно з своїм сумлінням», «в необхідних ситуаціях до випадків небезпеки життя матері», «до юридичних поглядів».

Серед 30 анкетованих жінок 5 з них (16,7%) зробило аборт. Дві з них вирішили самі, одна під впливом чоловіка, дві останні під впливом лікаря.

Більшість (90%) респонденток вважає, що зачаття дитини повинно бути планованим і очі-



Рис. 1. Відношення до віри.

Перед зачаттям 76,7% анкетованих жінок прагнуло бути матір'ю, з цього 40% дуже цього прагнуло. Для 10% було це байдуже, а 13,3% жінок не відчувало прагнення бути матір'ю. В

куванім, натомість 10% є думки, що це має бути неочікуваною несподіванкою.

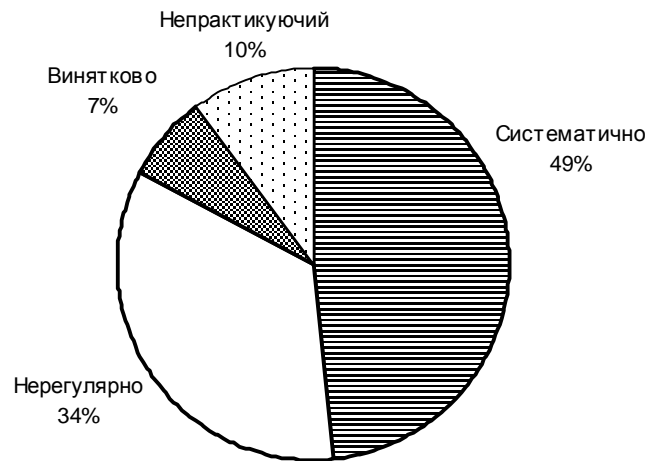


Рис. 2. Реалізування релігійних практик.

загальному, серед респонденток 20 з них (66,7%) має намір зачати дитину ще. З цього 80% хотіло б народити одну дитину, натомість по 10% анкетованих двоє дітей або більше

Висновки

1. Існування випадкових вагітностей, також серед жінок вважаючих, що зачаття дитини повинно бути планованим, містить в собі потребу допомоги в формуванні постави батьківської відповідальності і навчання в обсязі методу регуляції зачаття.
2. Розділення віри і життя, а також мотивуван-

ня опору перед антиконцепцією медичними раціями (через 1/3 респонденток) вказує на необхідність необмежування навчання ознаково-термічному методу у Католицьких Консультаційних Пунктів, але й проведення їх також для подружжя в відділеннях служби здоров'я.

Урсула Дудзяк, Віктор Копач

ВЗГЛЯДИ НА ПРОКРЕАЦИЮ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Католический университет в Люблине, Польша

Приведены данные об анкетировании 30 беременных и рожениц по вопросам прокреации, регуляции зачатий, контрацепции и абортов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2001. - № 1 (8). - С. 102-104)

Urszula Dudziak, Wiktor Kopach

PREGNANTS AND WOMEN IN CHILDBIRTH'S VIEWS ON PRACREATION

Catholic University of Lublin, Poland

The data about 30 prignants and women in childbirth's questioning about procreation, birth control and abortion are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 102-104)

Література

1. Czachorowski M. Nowy imperializm, czyli o tzw. edukacji seksualnej. Warszawa 1995 IW ad astra.
2. Dudziak U. Postawy wobec macierzyństwa. Probl. Alkoh. 1996; 7:16-18.
3. Dudziak U. Postawy wobec macierzyństwa kobiet przygotowujących się do macierzyństwa. Badania empiryczne w latach 1984/85 i 1994/95. Lublin, 1997: rozprawa doktorska. Biblioteka KUL.
4. Feldman W. Spoieczne uwarunkowania reprodukcji ludności. Rz.Nedowa Komisja Ludnościowa Biuletyn 1980;25:89-106.
5. Fijaikowski W. Ekologia prokreacji. Stud. Demogr. 1986;3(85):3-30.
6. Jackowski J. Bitwa o Polskę. Warszawa, 1993 IW ad astra..
7. Rosset E. Spoieczne aspekty problemu jednodziełności. Prob. Rodz. 1983; 2 (128): 3 – 9.

Поступила в редакцию 18.06.2001г.

Е.Г. Корнетова, Ал.Н. Корнетов

ПРОСТАЯ ШИЗОФРЕНИЯ В ФОКУСЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО УЧЕНИЯ

НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, г. Томск, Россия

Ключевые слова: простая шизофрения, конституция, дисплазии

В процессе изучения шизофрении многие вопросы, включая этиологию, патогенез, границы клинических форм, особенности течения в зависимости от действия конституционально-биологических, экзогенно-органических, социально-психологических факторов, а также некоторые реабилитационные аспекты и адаптация пациентов еще недостаточно изучены. Простая шизофрения – одна из основных классических форм [55, 63] в настоящее время вышла на периферию в классификациях [49, 79]. Это во многом связано с доминированием в современном учении о клинике шизофрении воззрений К. Schneider [76]. Введение к ICD-10 содержит указание на неопределенность природы простой шизофрении, недостаточную изученность ее взаимоотношений с некоторыми другими расстройствами, а разрешение этих проблем требует дополнительных научных и практических данных. В этой связи настоящий анализ литературы посвящен рассмотрению эволюции взглядов на клинику-конституциональные факторы как модель изучения простой шизофрении.

Связь возникновения и течения душевных болезней с конституционально-морфологическими особенностями человеческого организма отмечена еще в классический период психиатрии [2, 18, 34, 41, 48, 63]. Причем, отдельно рассматривалось общее строение тела, так например, J. Esquirol [56] обращал внимание на связь хрупкого телосложения больных и хроническим течением психозов. С другой стороны, внимание также уделялось отклонениям в развитии: С.С. Корсаков [28] отмечал, что они хотя и не составляют симптомов душевных заболеваний, но имеют большое значение для их диагностики. Однако, знания в данной области в то время не отличались стройностью и четкими формулировками. Одной из характерных иллюстраций взглядов того времени является цитата из учебника психиатрии В.Ф. Чижана [45]: «Причиной раннего слабоумия следует считать все, что ведет к вырождению. Уже с раннего детства они проявляют свою патологическую организацию, многие из них отстают в развитии от своих сверстников; лишь немногие развиваются правильно. У многих больных наблюдаются признаки вырождения». Эту тему развил Ф.Е. Рыбаков [36]: «У некоторых шизофреников наблюдаются различного рода признаки физической дегенерации (неправильное строение черепа, ушей, зубов и пр.), хотя здесь эти явления не играют существенной роли и не встречаются столь часто, как у дегенерантов, эпилептиков и идиотов». Непосредственно в отношении простого слабоумия в данном аспекте следует выде-

лить клинические случаи, описанные основоположником этого понятия О. Diem [55]. Он отмечал, что большинство пациентов имеют один или более признаков дегенерации, а больше чем у половины выражен тремор рук.

Начало систематизированных исследований связи строения тела с психическими процессами было положено Е. Kretschmer [64], который выделил три основных конституциональных типа: астенический, атлетический и пикнический. Также им были описаны «диспластические специальные типы», представляющие собой отклонения от среднего типа и обнаруживающие тесную связь с дисгландулярными синдромами патологии желез внутренней секреции. Необходимо отметить некоторые замечания, касающиеся обсуждаемой темы, которые сделал автор на основании тщательного соматотипического обследования больных психозами. Это прежде всего «резкое преобладание астено-атлетической группы над пикнической и частота диспластиков среди шизофреников». В то же время исследователь неоднократно подчеркивал, что «строение тела и психоз не стоят друг к другу в прямом отношении, то есть строение тела не является симптомом психоза». Здесь следует отметить, что все выводы Е. Kretschmer базировались на антропоморфоскопическом обследовании пациентов, которое не позволяло получить популяционный размах, а оценка телосложения ограничивалась описательными характеристиками. Однако данное замечание не умаляет заслуги Е. Kretschmer, давшего колоссальный импульс для развития исследований влияния конституциональных факторов на клинику и течение многих психических расстройств, в том числе шизофрении. Работы того времени подтверждали результаты, полученные Е. Kretschmer относительно тропизма астенического соматотипа к шизофрении [54, 69, 78], но также существует и ряд исследований, опровергших эти данные [62, 72]. На наш взгляд это прежде всего связано с описанными недостатками антропоморфоскопического исследования. В то же время в больших группах госпитализированных больных этот метод обследования давал возможность для обсуждения определенных тенденций, которые выявляли выраженные закономерности. Так, F. Mauz [70] на материале 1050 больных шизофренией выделил группу лиц с дебютом процесса в возрасте 18-25 лет, клинической картиной типа «шизофренических катастроф», у которых в преморбиде была выражена интраверсия, астенические жизненные установки, аутичность. В эту группу вошли боль-

ные простой формой, кататонией и гебефренией. При этом важными наблюдениями явились преобладание астеников среди данных пациентов и неблагоприятный прогноз болезни.

Рассматриваемый вопрос активно обсуждался в отечественной психиатрической литературе тех лет. М.Е. Шуберт [47] при обследовании 197 больных шизофренией обнаружил среди них 86 астеников, 40 атлетиков, 36 пикников и 21 диспластика. Наиболее часто встречающимися дисплазиями у пациентов по наблюдениям автора были инфантильность, евнухоидность, долихоцефалия, топорные черты лица, сросшиеся брови и детские пальцы. А.Я. Доршт, Э.М. Башкова [20] у лиц с простой формой раннего слабоумия наблюдали дисплазии черепа, лица, аномалии роста волос. Группа этих больных была выше среднего роста, с «длинной шеей и длинными руками». К.П. Старикова [39] отмечала высокий удельный вес лиц астенического и астено-атлетического телосложения – 74% среди страдающих шизофренией. На преобладание астеников среди шизофреников указывал М.П. Андреев [3], который впервые предложил использовать для диагностики морфологических типов метод «соматометрических профилей», базирующийся на точной антропометрии. Благодаря этому методу появилась возможность объективного учета типов телосложения на основе «масштабов естественной вариации отдельных признаков».

Большим вкладом в изучение роли нормальной и патологической конституции явились работы В.В. Бунака [8-11], в которых анализировались фило- и онтогенетические факторы соматогенеза, генетические конституциональные связи, аномалии строения человеческого тела. Методики антропометрии, разработанные В.В. Бунаком позволили использовать количественную оценку как самих конституциональных типов, так и отдельных антропометрических параметров. Благодаря этому они с успехом применяются до настоящего времени не только в антропологии, но и в других дисциплинах, включая психиатрию.

Исследования клиники шизофрении в связи с конституциональными факторами показывали, что для больных с астеническим типом телосложения характерно преобладание негативных расстройств и симптомов дефицитарного ряда [50]. Кроме того, у лиц с астеническим соматотипом и диспластической конституцией благоприятное течение, частота и глубина ремиссий наблюдаются гораздо реже, чем у больных с пикническими типами телосложения. [30]. Влияние конституциональных типов наряду с другими факторами на прогноз шизофрении находило отражение в исследованиях В. Betz [51], М. Bleuler [52], G. Langfeldt [65, 66]. Эти авторы отмечали тенденцию к неблагоприятному прогнозу шизофренического процесса при астеническом типе телосложения. А.А. Перельман [35] при анализе клинко-антропометрических работ пришел к выводу, что астенический тип телосложения может оказывать влияние на ухудшение течения шизофренического процесса.

В середине XX столетия произошел спад активности в исследованиях конституции. Основной причиной этого процесса явилось то, что конституциональное учение вышло из немецкой медицинской школы, а попытки фашистского режима поставить науку на службу своим целям вызывали настроенность у ис-

следователей всего мира. В результате фактически невостребованными оказались многие прогрессивные научные направления, разрабатывавшиеся в Германии того времени, к числу которых несомненно относится учение о конституции. С другой стороны вторая половина XX века ознаменована бурным развитием науки в США с прогрессом в инструментальных исследованиях, что рождало совершенно новые направления в психиатрических исследованиях. Эти процессы отражались и на Европейских психиатрических школах.

В отечественной психиатрии, всегда являвшейся носителем классических клинических традиций, ряд исследователей продолжали уделять внимание изучению влияния конституциональных факторов на клинику и прогноз шизофрении [13, 14, 21, 44]. Так как многие ранние исследования имели очевидные погрешности, о которых говорилось выше, важной задачей становился поиск новых методических подходов в оценке отдельных конституциональных тенденций и ассоциации их с психическими заболеваниями [15] с учетом преморбиды, инициального периода, синдрома кинеза и течения шизофрении [33]. Тем более, что работы, посвященные тропизму определенного типа телосложения к шизофрении были противоречивыми [7, 71, 77, 81]. Критериям же новых методических подходов отвечала работа И.Д. Лукашевой и Э.А. Трофимовой [29], в которой анализировались результаты клинко-антропометрического обследования 659 больных шизофренией. Возраст пациентов колебался от 18 до 59 лет. Учитывались возраст манифестации болезни, тип течения, состояние трудоспособности, а также наличие или отсутствие психического дефекта. Авторами получены корреляции астенического телосложения и множественных морфологических дисплазий с ранней манифестацией процесса, непрерывным течением и преобладанием негативной симптоматики, а эти признаки отвечают современным представлениям о простой шизофрении. В этой связи также необходимо отметить исследование N. Petrilowitsch [74], который выявил связь между «аморфными» шизофреническими психозами и астеническим типом телосложения.

Касаясь фенотипа больных, необходимо отдельно рассмотреть малые аномалии развития как биологическую почву развития дисфункциональных расстройств, что в комплексе выступает патопластической основой многих заболеваний, включая шизофрению [1,4,5,12,16,17,37,38,42,43,46,53,58-61,67]. Рассматривая данную проблему, Л.О. Бадалян с соавт. [6] указывали, что наличие у одного ребенка нескольких выраженных аномалий [5-7] в области головы, лица, туловища и конечностей является высокой степенью стигматизации и с большой долей вероятности дает основание думать о нарушении эмбриогенеза. В настоящее время в психиатрии малые аномалии развития объединены в термин «регионарные морфологические дисплазии», введенный Н.А. Корнетовым [22]. Содержательно в это понятие наряду с малыми аномалиями развития входят суб- и супранормальные девиации в строении органа, системы или ткани, поскольку некоторые малые аномалии развития часто встречаются в рудиментарном виде, не теряя своего клинического значения. Некоторые из них в единичном виде являются вариантом морфологической из-

менчивости [27]. Кроме того, термин «дисплазия» в отличие от «аномалии развития» не является стигматизирующим. Порогом значимого соматопсихического дизонтогенеза Н.А. Корнетов [24] предложил рассматривать 3 группы морфологических дисплазий с разной регионарной локализацией. Он также отмечал, что особо должны рассматриваться диспластические типы телосложения. Они развиваются на основе классических соматотипов и входят главной составной частью в диспластическую конституцию, в рамках которой удается точно сопоставить клинические проявления с конкретным дизонтогенетическим механизмом [40]. Автор также предполагает связь этих факторов с конкретной областью головного мозга. Обнаруженное им высокое накопление дисплазий у больных шизофренией с диспластической конституцией преимущественно в краниовертебральной области позволило отнести их к проявлениям пренатального дизонтогенеза. Это подтверждено рядом работ, в некоторых из которых ставился вопрос о специфичности тех или иных малых аномалий к определенным подтипам шизофрении. Так, В.М. Михлин [31] при краниографии больных шизофренией выявил большое количество дисплазий черепа, причину возникновения которых он отнес к внутриутробной патологии. При контрастном рентгенологическом исследовании 20 пациентов и 24 пар их родственников отмечено, что лица с простой и параноидной формами имели расширение третьего и боковых желудочков, а также субарахноидальных щелей. М. Zapletak, I. Tuma [80] обнаружили тяжелые атрофические изменения в головном мозге при шизофрении с преобладанием негативных симптомов, Т.К.А. Roberts [75] выявил увеличение желудочков мозга у больных шизофренией с когнитивными нарушениями, негативной симптоматикой и хроническим течением заболевания. Однако в более поздних сравнительных исследованиях [57, 68] было показано, что нейроморфологические аномалии, обнаруженные при простой шизофрении, не имеют достоверных отличий от таковых при других формах. Что касается количественной выраженности дисплазий, то необходимо отметить исследования Н.А. Корнетова [22, 24]. Он, объединив малые аномалии развития органов и систем, в класс «регионарных морфологических дисплазий» отметил некоторые особенности их распределения при шизофрении. В частности, у больных шизофренией астенического соматотипа с непрерывно-прогредиентным течением обнаружено статистически значимое накопление дисплазий.

Первым исследователем в современной психиатрии, применившим методику В.В. Бунака [11] для определения морфологических типов был Н.А. Корнетов [23]. Он показал влияние типа телосложения на возраст манифестации шизофрении, ее клиническую картину, течение и прогноз. В одной из более поздних работ [25] им сделано заключение, что конституциональные различия, регистрируемые по морфофенотипу, определяют клинический полиморфизм шизофрении, а конституциональный тип является патогенетическим фактором шизофренического процесса. Перспективность этого направления подтверждена целым рядом исследований. А.В. Назаров [32] установил увеличение среди больных шизофренией со злокачественным течением лиц с астеническим телосложением [29, 8%], накопление морфологических дисп-

лазий [32%] по отношению к контрольной группе [14, 7% и 8% соответственно]. Кроме того, им отмечено, что при астенической морфологической конституции достоверно чаще в преморбидном периоде встречаются шизоидные черты астенического типа, длительный инициальный период, постепенное нарастание дефицитарной симптоматики, развитие симплекс-синдрома в манифестном периоде и наступление выраженного апатико-абулического дефекта в исходном состоянии. Эти данные впоследствии были развиты в исследовании Н.А. Корнетова [26], который, обобщив данные антропометрического и антропоморфоскопического обследования больных шизофренией, выделил «морфологическую триаду» непрерывного течения: астенический соматотип, «гинекоморфные» пропорции в телосложении и множественные регионарные морфологические дисплазии. Данный симптомокомплекс отражает свойства «реагирующего» субстрата по И.В. Давыдовскому [19] как составного патогенетического звена шизофренического процесса.

Отдельное морфометрическое исследование при шизофрении без разделения ее на подтипы проведено Nopoulos P. et al. [73] у 226 пациентов и 142 человек контрольной группы. Изучалась одна переменная – рост, все обследованные были мужчинами. Основная группа достоверно [$p < 0,003$] имела меньшую длину тела – средний показатель 177,1 см против 179,4 группы контроля. Также был проведен анализ ряда преморбидных особенностей и социального функционирования обследованных. На основании полученных результатов авторы декларировали важность продолжения исследований в этом направлении, поскольку морфометрические показатели включены в патофизиологические механизмы шизофренического процесса.

Таким образом, анализ литературных данных, касающихся конституциональных факторов при простой шизофрении, показал формирование конституционально-биологических взглядов на природу, клинику, течение и прогноз данного расстройства. Эти взгляды связаны с тем, что каждый из конституциональных типов имеет определенные закономерности темпов роста и полового созревания, особенности реактивности, метаболизма и психобиологии личности. Клинически каждый психиатр наблюдал у молодых пациентов с астенической конституцией и шизоидными чертами личности, как правило, ранней дебют шизофрении, снижение активности, эмоциональную уплощенность, транзиторные психотические и субпсихотические симптомы, инертные малопродуктивные симптомокомплексы, ведущие к такой деформацией личности, которая полностью качественно отличается от ранних ее особенностей. Замечено, что эти пациенты чувствительны к психофармакотерапии, а негативная симптоматика в легкой или глубокой степени выраженности с разрушением ядра мотиваций и формированием дефекта с постепенным разрыхлением ассоциативного процесса, появлением его автоматичности, отчужденности, составляет то чувство «пористости» личности, которое Mauz [70] обозначал как «шизофреническую катастрофу». Клинико-конституциональный подход в его классических традициях может стать тем ключом, который бы позволил с позиций соматопсихической целостности дать ответы на многие вопросы относительно места простой шизофре-

нии в классификации, патогенетических звеньев этого расстройства. Без понимания этих факторов, оказание помощи таким пациентам существенно затрудняется,

а сам диагноз еще остается стигматизирующим, несмотря на большое количество социальных форм поддержки этих пациентов.

Е.Г. Корнетов, Ал.М. Корнетов

ПРОСТА ШИЗОФРЕНИЯ У ФОКУСИ КОНСТИТУЦИОННОГО ВЧЕННЯ

НДІ психичного здоров'я ТНЦ СО РАМН, м.Томськ, Росія

Кронтитуційне вчення у психіатрії традиційно займається вивченням клініки та перебігу шизофренії. У статті проаналізовані погляди на просту шизофренію у зв'язку із побудовою тіла пацієнтів та факторами дизонтогенезу. Підкреслений зв'язок між астеничною побудовою тіла та місцевими морфологічними дисказіями. Обговорений вплив цих факторів на патогенез простій шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 105-109)

E.L. Kornetov, Al.N. Kornetov

SIMPLE SCHIZOPHRENIA IN FOCUS OF CONSTITUTIONAL DOCTRINE

Scientific Research Institute of Tomsk Scientific Centre of Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk, Russia

The constitutional doctrine in psychiatry is traditionally concerned to study of clinic and course of schizophrenia. The views on a simple schizophrenia in connection with a body build of the patients and factors of disontogenesis are analyzed in the article. It is underlined interrelation of a simple schizophrenia with an asthenic type of a body build and accumulation of regional morphological dysplasias. The influence of these factors on a pathogenesis of simple schizophrenia is discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 105-109)

Литература

1. Алтухов Ю.П., Ботвиньев О.К., Курбатова О.П. // Генетика. - 1979. - Том 15, N 2. - С. 352-360.
2. Андреев М.П. Взаимоотношение психического склада и телосложения. - Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1926. - 126 с.
3. Андреев М.П. Методика исследования конституциональных типов телосложения. - Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1929. - 82 с.
4. Ата-Мурадова Ф.А., Ботвиньев О.К. // Системогенез и проблемы генетики мозга. - М.: Наука, 1983. - С. 55-69.
5. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: Медицина, 1975.
6. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. - Киев: Здоровья, 1980. - 528 с.
7. Ботвинникова Е.П. // Вопр. антропологии. - 1974. - Вып. 48. - С. 161-168.
8. Бунак В.В. // Русский антропол. журн. - М., 1923. - Вып. 12. - С. 64-76.
9. Бунак В.В. // Журн. Советская клиника. - М., 1934. - Вып. 7-8. - С. 874-877.
10. Бунак В.В. // Антропол. журн. - М., 1937. - Вып. 3. - С. 16-40.
11. Бунак В.В. Антропометрия. Практический курс. - М.: Учпедгиз, 1941. - 367 с.
12. Бухановский А.О. // Морфологические особенности сердечно-сосудистой и нервной систем в норме и патологии. - Ростов-на-Дону, 1978. - Том 42, Вып. 3. - С. 60-62.
13. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1973. - Том 73, Вып. 1. - С. 140-148.
14. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1973. - Том 73, Вып. 5. - С. 767-774.
15. Вайндрух Ф.А., Смирнова Н.С. // Журн. Вопр. антропологии. - 1972. - Вып. 42. - С. 137-156.
16. Воловик В.М., Шейнина Н.С. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1983. - Том 83, Вып. 8. - С. 1205-1209.
17. Галимов И.Х. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1979. - Том 79, Вып. 7. - С. 922-929.
18. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции. - М., 1914.
19. Давыдовский И.В. Общая патология человека. - М.: Медицина, 1969. - 611 с.
20. Доршт А.Я., Башкова Э.М. // Мед. мысль. - 1927. - Том 4, N 2. - С. 24-31.
21. Каменева Е.Н. // Шизофрения. Матер. науч. конф. - М., 1977. - 90-96.
22. Корнетов Н.А. // Клиника и патогенез психических заболеваний. - Кишинев, 1978. - С. 60-65.
23. Корнетов Н.А. // Журн. здравоохранения. - Кишинев, 1979. - N 79. - С. 120-123.
24. Корнетов Н.А. Клиника и течение параноидной шизофрении в зависимости от конституционально-морфологических факторов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1980. - 16 с.
25. Корнетов Н.А. // Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. - Новосибирск: Наука, 1985. - С. 111-140.
26. Корнетов Н.А. // Акт. вопр. психиатрии: Матер. III науч. отчетной сессии НИИ ПЗ ТНЦ АМН СССР. - Томск, 1987. - Вып. 3. - С. 114-115.
27. Корнетов Н.А. Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии: Метод. рекомендации. НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. - Томск, 1996. - 73 с.
28. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. - М., 1901.
29. Лукашева И.Д., Трофимова Э.А. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1975. - Том 75, Вып. 1. - С. 73-78.
30. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. - М.: Медгиз, 1963. - 198 с.
31. Михлин В.М. // Вопр. клиники и лечения психических заболеваний. - Кишинев, 1969. - С. 73-75.
32. Назаров А.В. Клиника непрерывнотекущей [«ядерной»] шизофрении в зависимости от конституционально-морфологических факторов: Дис. ... канд. мед. наук. - Симферополь, 1988.
33. Назаров К.Н. // VI Всесоюз. съезд невропатол. и психиатров. - М., 1975. - Том 3. - С. 420-423.
34. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. - Берлин: Госиздат, 1923. - 738 с.
35. Перельман А.А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез и лечение. - Томск, 1944. - 77 с.
36. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. - М., 1916. - 487 с.
37. Самохвалов В.П. // Современная антропология медицины и народному хозяйству. - Тарту: Изд-во Тарт. ГУ, 1988. - С. 50-51.
38. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - Симферополь: НПФ «Движение», 1993. - 286 с.
39. Старикова К.П. // Мед. обзор. Нижнего Поволжья. - Астрахань, 1928. - Вып. 5-6. - С. 7-11.
40. Строевский В.А. Клиника злокачественной шизофрении у мужчин с диспластической конституцией: Дис. ... канд. мед. наук. - Симферополь, 1988.
41. Суханов С.А. Семiotика и диагностика душевных болезней. Ч. 1. - М., 1904.
42. Ходос Х.Г. Малые аномалии развития и их клиническое значение. - Иркутск, 1984. - 88 с.
43. Ходос Х.Г. // V Всеросс. съезд невропатол. и психиатров. - М., 1985. - Том 1. - С. 295-297.
44. Целибева Б.А. // Матер. симпозиума «Проблемы личности». - М., 1970. - С. 36-44.
45. Чиж В.Ф. Учебник психиатрии. - Петербург-Киев, 1911. - 346 с.
46. Чудновский В.С. // Казанский мед. журн. - 1974. - N 3. - С. 25-29.
47. Шуберт М.Е. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1924. - Том 24, Вып. 4. - С. 130-136.
48. Юдин Т.И. Психопатические конституции. - М.: Изд-во Сабашниковых, 1926. - 40 с.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [4th ed.] [DSM-IV]. - Washington, DC: American psychiatric Association, 1994.

50. Bellak L., Holt R. // *Am. J. Psych.* – 1948. – Vol. 104. – P. 713-722.
51. Betz B. // *Hum. Biol.* – 1942. – Vol. 14. – P. 21-47.
52. Bleuler M. // *Einleitung. Arch. Psych. Nervenkr.* – 1948. – Bd. 118. – S. 217-283.
53. Cantor S., Pearce J., Pezzot-Pearce T., Evans J. // *Schizophr. Bull.* – 1981. – Vol. 7, N 1. – P. 1-12.
54. Dalma G. // *Ztschr. f. d. g. Neurolog. Psych.* – 1925. – Bd. 36. – S. 782-790.
55. Diem O. // *Arch. f. Pszch.* – 1903. – Bd. 37, H. 1. – S. 111-187.
56. Esquirol J. *Des melodies mentales.* – Paris, 1838.
57. Galderisi S., Bucci P., Mucci A., D'Amato A.C., Conforti R., Maj M. // *Psych. Res.* – 1999. – Vol. 91, N 11 [Suppl. 3]. – P. 175-184.
58. Green M.F., Satz P., Soper H.V., Kharabi F. // *Am. J. Psych.* – 1987. – Vol. 144. – P. 666-667.
59. Green M.F., Satz P., Gaier D.J., Ganzell S., Kharabi F. // *Schizophr. Bull.* – 1989. – Vol. 15, N 1. – P. 91-99.
60. Gualtieri C.T., Adams A., Shen C.D., Loisel D. // *Am. J. Psych.* – 1982. – Vol. 139. – P. 640-643.
61. Guy J.D., Majorski L.V., Wallace C.J., Guy M.P. // *Schizophr. Bull.* – 1983. – Vol. 9. – P. 571-582.
62. Kolle K. // *Arch. f. Psych.* – 1926. – Bd. 78. – S. 93-164.
63. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* Bd. 3, t. 2, 8 Aufl. – Leipzig, 1913.
64. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten.* – Berlin: Springer-Verlag, 1921.
65. Langfeldt G. *The prognosis in the factors influencing the course of the disease.* – Copenhagen, 1937.
66. Langfeldt G. *The prognosis in schizophrenia.* – Copenhagen, 1956.
67. Lewine R.R., Gulley L.R., Risch S.C., Jewart R., Houpt J.L. // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16, N 2. – P. 195-203.
68. Maj M., Galderisi S., Conforti R., Colucci D'Amato A. // *Schizophr. Res.* – 1995. – Vol. 14, N 3. – P. 265-266.
69. Makarov W.E. // *Arch. f. Psych.* – 1925. – Bd. 75. – S. 256-270.
70. Mauz F. *Die Prognostik der endogenen Psychosen.* – Leipzig, 1930.
71. Mazurowska N. // *Psych. Pol.* – 1975. – Vol. 9, N 1. – P. 9-20.
72. Mollenhoff F. // *Arch. f. Psych.* – 1924. – Bd. 71. – S. 1.
73. Nopoulos P., Flaum M., Arndt S., Andreasen N. // *Psychol. Med.* – 1988. – Vol. 28, N 3. – P. 655-663.
74. Petrilowitsch N. // *Psych., Neurol., Med., Psychol.* – 1972. – Bd. 15. – S. 80-85.
75. Roberts T.K.A. // *Psych. J. of Univ. of Ottawa.* – 1983. – Vol. 2. – P. 67-80.
76. Schneider K. *Klinische psychopathology.* – Stuttgart: G.Th. Verlag, 1962. – 257 s.
77. Verchese A., Large P., Chui E. // *Brit. J. Psych.* – 1978. – Vol. 132. – P. 12-15.
78. Weissenfeld F. // *Ztschr. f. d. g. Neurol. Psych.* – 1925. – Bd. 96. – S. 1-3.
79. World Health Organization ICD-10: *Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* – Geneva: WHO, 1992.
80. Zapletak M., Tuma I. // *Cs. Psych.* – 1983. – Vol. 3. – P. 158-163.
81. Zerssen V. // *Nervenarzt.* – 1966. – Bd. 37. – S. 52-61.

Поступила в редакцию 21.06.2000г.

УДК 616.895.8:340.63

*Е.А. Козерацкая***ПРОБЛЕМА ВМЕНЯЕМОСТИ-НЕВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Киевский городской Центр судебно-психиатрической экспертизы, Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

Ключевые слова: вменяемость, невменяемость, шизофрения, экспертиза

В судебно-психиатрической практике вопросы, связанные с распознаванием шизофрении и экспертной оценкой различных ее форм, занимают весьма существенное место. Одной из ведущих причин постоянного интереса к этой патологии является высокая криминогенность больных, страдающих шизофренией.

Так п.о данным Г.В.Морозова и В.М.Шумакова среди лиц, признаваемых невменяемыми, около 50% страдают шизофренией [1].

Wessely S.C., по результатам своих исследований, пришел к выводу о том, что по частоте опасных действий шизофрения занимает 4-е место среди всех психических заболеваний [2].

Анализ состава невменяемых по нозологическим формам за последние 45 лет (по странам СНГ) показал, что удельный вес больных шизофренией неуклонно возрастает. Так, в 1949-1955 гг. больные шизофренией составляли только 33,3% от общего количества психически больных, совершивших общественно-опасные деяния, а в 1960г.эта цифра составляла-43,2%, в 1970г.-50,4%, в 1979г. — до 81%, а в 1994г.- в некоторых регионах их количество достигло 89,2% [3, 4, 5, 6, 7].

Несмотря на большую давность изучения шизофрении в судебно-психиатрическом аспекте и многочисленность исследований в этой области, до настоящего времени существуют диаметрально-противоположные точки зрения на возможность различных экспертных решений при диагностике этого заболевания. Такое положение находится в непосредственной зависимости от существующих в психиатрии представлений о нозологической сущности шизофрении и ее клинических границах.

По сути, до последнего времени в постсоветской психиатрии доминировала точка зрения, что шизофрения представляет собой группу заболеваний, включающую широкий диапазон психической патологии от выраженных «ядерных» форм заболевания до так называемых «малопрогрессирующих», «латентных», «мягких», медленно текущих форм, и в теоретическом, и в практическом плане трудно отличимых от пограничных состояний. В качестве характерного примера можно привести трактовку так называемой «медленно текущей шизофрении». Рассматривая ее за рамками вялотекущей шизофрении, Д.С.Озерецковский [8] отмечает, что изменения личности при этой форме шизофрении мало выражены и заслонены «неврозоподобными и психопатоподобными образованиями». Выявление негативных симптомов в течение ряда лет затруднительно. От 2-3 до 10 лет определяются толь-

ко особенности поведения, своеобразное изменение эмоциональной сферы.Отграничение от психопатий, при наличии психопатических черт в преморбиде, невозможно. При такой логике диагностики шизофрении естественно возникает вопрос какие симптомы определяют этот диагноз и как их оценивать с судебно-психиатрической точки зрения.

Логические противоречия, скрывающиеся за таким диагностическим подходом, скорее интуитивно порождают попытки их разрешения.

Так, исходя из благоприятного прогноза так называемой неврозо- и психопатоподобной шизофрении, А.Е.Личко [9] предложил объединить эту патологию в группу психопатофрении, выводя ее, таким образом, за рамки шизофрении. А.Б. Смулевич [10] предлагает ограничиться выведением этих расстройств за рамки понятия «душевное заболевание», что адекватно, по мнению В.Б.Первомайского [11], допущению возможности существования шизофрении в форме психоза и непсихотического расстройства, в этих случаях, естественна мысль не просто о ремиссии, а о практическом выздоровлении, вменяемости субъекта и сомнительности отнесения шизофрении к хроническим душевным заболеваниям. Если к этому добавить отсутствие достаточно четких клинических критериев типа течения заболевания, стойкости и глубины ремиссий, истинные и мнимые проблемы патоморфоза шизофрении [12,13,14], то становится более понятным нарастающий скептицизм по отношению к к нозологической парадигме в психиатрии [15] и закономерный отход от нее в МКБ-10 [16]. Поэтому естественным выглядит обращение к первоисточникам- критериям болезни, сформулированным Е.Крепелиным, Е.Блейлером (так называемые четыре «а»: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм) и К.Шнайдером (симптомы первого и второго ранга).

Дискуссия о судебно-психиатрической оценке шизофрении впервые развернулась лишь в 30-е годы XX-го столетия. Делалась попытка научно обосновать принципы судебно-психиатрической оценки больных шизофренией, высказывались соображения по поводу признания некоторых больных шизофренией вменяемыми с так называемым «практическим выздоровлением». В 50-х гг. с открытием психотропных препаратов, появилась возможность достижения у больных стабилизации процесса, получения устойчивых и качественных ремиссий. Это обстоятельство нашло отражение в работах, посвященных судебно-психиатрической оценке шизофрении. Высказывалось мнение, что в части случаев может идти речь о вменяемости

больных шизофренией. Такая двойственная позиция по отношению к экспертной оценке шизофрении, сложившись в 60-70-г.г., сохранилась вплоть до последнего времени.

Так, Д.Р.Луниц пришел к заключению о правомерности отнесения шизофрении к тем заболеваниям, сама диагностика которых обуславливает решение о невменяемости, однако не исключал возможности в дальнейшем иной судебно-психиатрической оценки [17].

Т.П.Печерникова и Б.В.Шостакович [18] указывают, что конкретное решение о вменяемости при шизофрении определяется динамикой, степенью прогрессивности, квалификацией отдельных расстройств как позитивных или негативных нарушений. С их точки зрения «современное понимание шизофрении как болезни, проявляющейся широким спектром синдромов и форм течения: от грубо-прогрессирующих (злокачественных) до рекуррентных (с практическим выздоровлением) — позволяет говорить не только о необходимости дифференцированной экспертной оценке этого заболевания, но ставит под сомнение отнесение ее к группе прогрессирующих заболеваний, диагноз которых влечет за собой безусловное заключение о невменяемости».

Л.А.Подрезова [19] считает, что наибольшие трудности при решении вопросов вменяемости-невменяемости представляют больные шизофренией, совершившие общественно-опасное деяние в состоянии ремиссии. При этом она отмечает, «что существующие критерии оценки качества ремиссии, такие, как социальная направленность личности, уровень социально-трудовой адаптации с возможностью профессионального роста, часто оказываются неприемлемыми в отношении лиц, совершающих противоправные действия...». По мнению Л.А.Подрезовой, с судебно-психиатрической точки зрения наибольший интерес представляют такие типы ремиссий, при которых возможно признание больных вменяемыми, в частности: интермиссии; ремиссии гиперстенического типа; ремиссии психопатоподобного типа; ремиссии астенического типа. Больные шизофренией в состоянии интермиссии чаще всего предъявляют жалобы астено-невротического уровня при отсутствии какой-либо психотической симптоматики. Правонарушения, совершаемые этими людьми, по своему характеру и мотивам содеянного не отличаются от правонарушений здоровых людей, ведущих антисоциальный образ жизни. После привлечения к уголовной ответственности, как правило, эти лица ведут себя адекватно складывающейся ситуации, дают показания, сообщая о перенесенном в прошлом психотическом состоянии, добиваются назначения судебно-психиатрической экспертизы. Таким образом, в этих случаях можно говорить об отсутствии как психологического, так и медицинского критериев невменяемости.

В зависимости от степени выраженности негативных расстройств, автор разделяет типы ремиссий на 2 группы: а) с незначительными дефицитарными расстройствами; б) со значительными дефицитарными расстройствами. Решение вопроса о вменяемости-невменяемости лица, страдающего шизофренией, решается дифференцированно, в зависимости от степени выраженности дефицитарной симптоматики. Как правило, ремиссии с незначительными дефицитарными расстройствами, по мнению Л.А.Подрезовой, коррелируют с сохранностью критических способностей

больных шизофренией, и такие лица могут правильно оценивать и регулировать своё поведение, в связи с чем они могут отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Н.В.Скибина [20] полагает, что вопрос о типичных для шизофрении негативных изменениях психики является основополагающим при решении экспертных вопросов. Исследуя негативные расстройства при малопрогрессирующей шизофрении, она установила, что негативные расстройства легкого регистра, как правило, не сопровождались нарушением адаптированности обследуемых. Критические и прогностические способности были в целом сохранены, однако в ряде случаев имели место нарушения регуляторно-волевых функций, критики к перенесенному активному периоду болезни, эмоциональная нивелировка. Негативные нарушения средней степени тяжести (от более легких до более выраженных), как правило, обуславливали нарушение адаптированности пациентов и сопровождались разной степени выраженности изменением их критических, прогностических и регуляторно-волевых функций. Экспертное решение в отношении данных подэкспертных было различным: от признания вменяемыми (подэкспертные с негативными расстройствами легкого регистра и некоторые с негативными расстройствами средней степени тяжести) до признания невменяемыми (подэкспертные с негативными расстройствами средней степени тяжести). При наличии же в клинической картине состояния подэкспертных негативных расстройств средней степени тяжести в ряде случаев, считает Н.В.Скибина, правомерно ставить вопрос об их неспособности в полной мере отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, то есть об ограниченной вменяемости. Анализируя механизмы (в том числе мотивацию) общественно-опасного деяния, автор отмечает, что в их генезе у многих подэкспертных прослеживались реально-бытовые мотивы. Вместе с тем поступки и действия экскульпированных лиц, носившие, казалось бы, продуманный, осмысленный характер, часто отличались выраженным дефектом прогнозирования, не критичностью, недоучетом ситуации и её последствий. У ряда больных этой группы можно было также отметить наличие таких механизмов совершения общественно-опасного деяния, как дисфорическая агрессивность, импульсивность и дефицит высших эмоций.

В работах последних лет разрабатываются критерии ограниченной вменяемости при шизофрении. Так С.Н.Осколкова [21], анализируя 61 случай расхождений в экспертной оценке при шизофрении, приходит к выводу о том, что важнейшим аспектом разработки критериев ограниченной вменяемости, в частности при шизофрении, должно быть соотношение психопатологических, личностно-адаптационных характеристик с типом правонарушения и вариантом ситуации его совершения.

Е.В.Клембовская [22], исследуя вопрос о возможности применения правовых категорий вменяемости и ограниченной вменяемости в случаях стойкой глубокой ремиссии шизофрении, использовала концептуальный анализ психопатологического, личностного и ситуационного факторов, исходя из концепции единства личности и деятельности, применительно к тео-

рии и практике судебной психиатрии, описанной Ф.В. Кондрачевым [23]. Данный анализ позволил выделить две группы подэкспертных: 1) испытуемые, у которых имеющиеся психопатологические расстройства и личностные особенности в контексте ситуации сформировали психопатологический интеграл и их состояние на период общественно-опасного деяния можно расценивать как соответствующее теоретическим критериям ограниченной вменяемости; 2) испытуемые, у которых психопатологический, личностный и ситуационный факторы не оказали существенного влияния на способность адекватной организации своего поведения, руководства поступками, контроля действий, следовательно, их состояние на период общественно-опасного деяния, можно расценивать как соответствующее критериям вменяемости.

З.Т. Абдурагимова [24], изучая судебно-психиатрическую оценку больных шизофренией в состоянии ремиссии, считает, что одна и та же пограничная выраженность психопатологии может быть по-разному оценена в экспертном решении, в зависимости от сложности ситуации действия. Так, при отсутствии причинно-следственной связи имеющейся «пограничной» психопатологии с ограничением возможности социально-адекватного действия при конкретных ситуационных обстоятельствах общественно-опасного деяния, допустимо заключение о «полной» вменяемости. В случаях, когда удаётся установить связь имеющейся «пограничной» психопатологии, её сопряженность с ограниченными возможностями социально-адекватного реагирования на конкретные «требования» криминальной ситуации, должно следовать заключение об ограниченной вменяемости (применение ст. 22 У К РФ). При установлении прямой причинно-следственной связи комплекса «пограничных» психических расстройств с невозможностью осмысления во всех связях ситуации криминального действия и адекватного реагирования при конкретных обстоятельствах совершенного общественно-опасного деяния, должно следовать заключение о невменяемости И.Д. Спирина [25], изучая патологические механизмы антисоциальных поступков и общественно-опасных деяний при шизофрении, выделяет 2 основные группы: 1. Общественно-опасные деяния, имеющие в своей основе определенные, хотя и патологические мотивы; 2. «Безмотивные поступки». Также автор выделяет 2 типа эмоциональных состояний у данной группы больных: 1. Полное эмоциональное переживание, включающее корковые и подкорковые компоненты; 2. Неполное, когда отсутствуют отдельные компоненты эмоций.

Неполный тип эмоциональных переживаний свидетельствует о ненормальных соотношениях между корой и подкоркой и встречается в двух вариантах.

При первом варианте отсутствуют подкорковые реакции при четко выраженных корковых. Этот вариант эмоциональных переживаний лежит в основе «холодности» больных шизофренией и характерен для «холодных правонарушений». При втором варианте полностью отсутствует или слабо выражен корковый компонент при выраженном подкорковом. При этом варианте возникают «безмотивные» поступки. По мнению автора, учет рассматриваемых механизмов имеет значение в судебно-психиатрической экспертизе общественно-опасных действий больных шизофренией.

Анализируя данные по судебно-психиатрической оценке состояний ремиссии у больных шизофренией, можно сделать вывод об отсутствии четких критериев верификации состояний ремиссии при шизофрении. Однако из цитированных исследований усматривается, что одним из важных критериев судебно-психиатрической оценки качества ремиссии у больных шизофренией, наряду с имеющимися клиническими проявлениями, является степень их адаптации, то есть способность к социальным контактам, ориентировке в ситуации, контролю и прогнозированию поведения. Показателем этого служит и социальный статус больного: его роль в различных микрогруппах, в том числе семейных, профессиональных, трудовых, асоциальных. Поэтому при экспертном решении о невменяемости больных шизофренией в период ремиссии особое внимание необходимо обращать на совокупность признаков: клинических, психологических, социальных. Социально-психологические особенности невменяемых больных характеризуются той или иной степенью дезадаптации, ограничением круга контактов с окружающими, отсутствием стабильности профессионального статуса, а иногда стереотипности поведения с утратой способности коррегировать его в зависимости от меняющейся ситуации. Особенно информативным критерием является неспособность этих больных прогнозировать свои действия, последовательно вести себя при защите собственных интересов.

Отсутствие согласованных представлений о критериях оценки психического состояния подэкспертных на период совершения общественно-опасного деяния дает основание для поиска новых путей решения данной проблемы.

Одним из них может быть исследование нарушений самосознания у больных шизофренией, совершивших общественно-опасное деяние.

Традиционно уголовно-правовая теория и судебная психиатрия указывают на необходимость сочетания медицинского и психологического критериев при решении вопроса о вменяемости. Под психологическим критерием понимается неспособность субъекта осознавать свои действия и руководить ими во время совершения общественно-опасного деяния. В этой формулировке имеется два основных элемента: лицо и деяние, составляющие объем понятия и указание на определенное отношение между ними, составляющее содержание понятия. Это отношение включает в себя способность ощущать себя, воспринимать принадлежащими себе совершаемые действия, отдавать себе в них отчет и способность руководить ими, то есть осознавать их в пределах своей индивидуальной способности. Как считает В.Б. Первомайский, ключом к пониманию содержательной стороны психологического критерия вменяемости является систематизация представлений о соотношении понятий сознание и самосознание с континуумом понятий: психика-сознание-самосознание-Я-концепция-критика. При этом состоянии критичности является основной предпосылкой свободы волеизъявления, а значит и способность адекватно руководить своими действиями. По его мнению, важным следствием такого понимания содержательной стороны самосознания является то, что одновременность существования и проявления обоих феноменов (самосознание и критика) делает невозмож-

ным для субъекта осознание утраты критики в период ее отсутствия.

М.О. Герцберг [26] указывает, что именно самосознание как способность человека оценивать правильность и неправильность собственных чувств, суждений, действий имеет наибольшее значение для медицинской и юридической практики. Он различает содержание сознания, — как процесс отражения внутренней или внешней среды организма, нарушение которого не всегда влечет за собой или сопровождается нарушением самосознания (ориентировки, критики, сознания болезни).

А.Г.Спиркин [27] говорит о самосознании как о двойной форме отражения субъективного воспроизведения реальности и данности субъекту самого этого воспроизведения (с.155).

Г.А. Голицын и М.В. Сербиненко [28], исследуя особенности формирования сознания и самосознания с позиции межполушарной асимметрии, пришли к выводу об осуществлении левым полушарием функций самосознания. В качестве механизма самосознания выделяется два процесса: рецепция левым полушарием правого-объективный; и перекодирование своих переживаний в словесную форму-субъективный. Именно языковая система, содержащаяся в левом полушарии, и заставляет человека чувствовать себя единым, целенаправленным существом. Аналогичные взгляды на проблему высказывают и другие авторы [29,30,31].

И.М.Сеченов [32] писал: «Самосознание даёт человеку возможность относиться к актам собственного сознания критично, отделять внутреннее от всего, что совершается вовне, анализировать и сопоставлять с внешним». Он выделил эмоциональный и познавательный компоненты самосознания, которые отображают различные этапы его развития.

И.С. Кон [33], исследуя вопрос формирования самосознания, пришел к выводу о том, что эмоциональный компонент самосознания формируется с раннего детского возраста и частично детерминирован генетически. С помощью данного компонента человек расшифровывает эмоциональное состояние другого, как бы идентифицируя себя с ним, воспроизводит его переживания в себе. Когнитивный компонент самосознания формируется с развитием логического мышления. С помощью данного компонента человек познает мотивы и цели поведения других людей и мотивы собственного поведения. В основе данного компонента лежит свойство транзитивности. За счет этого компонента и происходит в первую очередь осознание своей болезни, её природы, места своего «Я» в системе человеческих отношений, в новых условиях существования.

Состояние самосознания при психических заболеваниях до настоящего времени остается недостаточно изученным. По мнению В.С. Чудновского [34], нарушение самосознания встречается при всех формах психических заболеваний, участвует в формировании и механизмах психических расстройств, накладывает отпечаток на их клинические проявления и поведение; без учета состояния самосознания картина психического заболевания является неполной. Процессы самосознания незримо присутствуют в механизмах психических нарушений при психозах. Весь опыт клинической психиатрии свидетельствует о том, что фабула

бредовых, галлюцинаторных и др. психотических симптомов существует в глубинных слоях психической деятельности больного задолго до возникновения психоза; лишь под влиянием патологических витальных эмоций она приобретает все свойства симптома психической болезни.

Как отмечал Е. Крепелин [35], колебания в эмоциональной сфере дают толчок к образованию бредовых идей, они превращают дремлющие надежды и опасения в образы воображения. Только вследствие потери критики эти представления становятся бредом и приобретают такую силу, против которой бессильна явная очевидность. Если этот факт перевести в русло представлений о роли самосознания в психической деятельности человека, то можно сказать, что аффективные расстройства рушат когнитивный контроль за содержанием Я, в результате чего нарушается самоконтроль поведения и высказываний больного, которые перестают соотносываться с осознанием человеческих отношений и того места, которое занимает в них сам больной. Исследования школы проф. В.С.Чудновского показали, что независимо от нозологической природы болезни, на высоте приступа психоза и при наличии выраженных аффективных расстройств (страха, тревоги, депрессии) наблюдаются грубые нарушения как когнитивных, так и эмоциональных процессов самосознания.

В существующих работах по изучению самосознания у больных шизофренией [36,37,38,39] показано, что наиболее значительные изменения самосознания, включая его когнитивный и эмоциональный компоненты, бывают связаны с наличием в клинической картине заболевания аффективных расстройств. При угасании их отчетливо выявляется зависимость уровня самосознания от дефицитарных симптомов болезни. Так, Н.Ф.Носенко [36], исследуя роль состояния самосознания больных шизофренией в их социальной адаптации, пришла к выводу о том, что нарушение самосознания наблюдается в той или иной степени у всех больных шизофренией. Наиболее четкая зависимость устанавливается между состоянием самосознания и типом течения шизофрении, включая степень её злокачественности и выраженность дефицитарных симптомов заболевания.

Низкий уровень самосознания наблюдается у больных с клинически выраженным психическим дефектом. Из числа продуктивных симптомов наибольшее влияние на состояние самосознания оказывают аффективные расстройства, снижение самосознания отмечалось у больных с синдромом психического автоматизма. Повышение уровня самосознания наступает в процессе становления терапевтической ремиссии по мере ослабления продуктивных симптомов заболевания. Н.Ф. Носенко указывает на то, что самосознание представляет собой структуру, в значительной степени влияющую на уровень социальной адаптации больных. Наибольшее значение имеет степень сохранности когнитивного компонента самосознания, определяющего «научение», т.е. способность логическим путем осознать свой образ психически больного человека и связанные с болезнью обстоятельства жизни без соответствующего эмоционального внутреннего убеждения. При этом она отмечает, что эмоциональный компонент самосознания в период ремиссии остаётся нарушенным в большинстве случаев заболевания.

М.С.Шейфер [37], изучая особенности самосознания больных шизофренией с депрессивным и депрессивно-параноидным синдромами, выявил 2 компонента в нарушении самосознания: лабильный (динамичный) и стабильный. Лабильный компонент тесно связан с продуктивными психопатологическими симптомами (депрессивные симптомы, сопутствующие бредовые идеи виновности, собственной малоценности, суицидальные намерения, нарушения волевого поведения). При этом у больных наблюдалась полная неспособность к осознанию патологического характера этих изменений психической деятельности, грубо страдала способность осознать смысл окружающих событий, понимать явно болезненный характер высказываний и поступков окружающих больных, а также нарушалась оценка своего физического «Я». Восстановление способности к адекватной оценке происходящего происходило параллельно с редуцированием симптомов депрессии.

Всё это позволило М.С. Шейфер утверждать, что лабильный компонент в нарушениях самосознания тесно связан с патологическими изменениями в аффективной сфере и определяется непосредственно голотимными механизмами патологии психической деятельности. Они вызывают нарушения как чувственно-образного, так и абстрактно-логического аспекта самосознания больных.

По-иному идет механизм нарушения осознания persecutorных бредовых идей, идей обвинения, особого отношения и инсценировки, входящих в структуру депрессивно-параноидного синдрома. Как указывает М.С. Шейфер, осознание их патологического характера происходит преимущественно путем абстрактно-логического переноса на себя фактов окружающей среды. Конкретно-образный, эмоциональный компонент осознания несоответствия этих идей действительности представлен в значительно меньшей степени, что и определяет отсутствие у больных внутренней убежденности в соответствующих им умозаключениях. Восстановление критического отношения к данным проявлениям нарушенного мышления происходит медленно и находится в непосредственной зависимости от типа течения шизофрении, от выраженности негативной симптоматики психического дефекта. Этот компонент в нарушении самосознания у больных шизофренией, М.С.Шейфер, определил как стабильный, связанный с негативными симптомами заболевания.

М.В.Пескова [38], изучая нарушение самосознания у больных с синдромом вербального галлюциноза при шизофрении, также приходит к выводу о том, что степень нарушения самосознания прямо коррелирует с выраженностью дефицитарной симптоматики заболевания. К подобному заключению пришел и Г.Н.Носачев [39], исследуя нарушения самосознания больных шизофренией с депрессивным синдромом и синдромом Кандинского-Клерамбо.

Корнилов А.П. [40], исследуя нарушение самосознания у больных шизофренией, считает, что специфичным для регуляторной функции самосознания больных шизофренией, совершивших общественно-опасное деяние, является феномен снижения побуждаемости только тех целей, которые требуют личностных и интеллектуальных усилий по линии самопрогноза и самоконтроля, завышенная самооценка рацио-

нальности, высокие показатели «готовности к риску» коррелируют с низким показателем мотивации достижения.

В сравнении с больными шизофренией, при органических психозах значительно чаще имеет место повышение уровня самосознания путем восстановления его эмоционального компонента при отставании когнитивного. При выраженном органическом слабоумии страдают как эмоциональный, так и когнитивный компоненты самосознания. Относительная сохранность эмоционального компонента самосознания у большинства больных с органическими психозами без выраженных явлений слабоумия внешне проявляется в виде их способности устанавливать с окружающими отношения на естественной эмоциональной основе. Даже, несмотря на грубые психические нарушения (страх, двигательное беспокойство, яркие сновидные галлюцинации), у больных на интуитивной основе сохраняется способность к саморегуляции поведения таким образом, что оно вызывает понимание и сочувствие со стороны окружающих. Больные страдают от своих психических нарушений и борются с ними. Способность критически оценивать наличие психических расстройств нельзя рассматривать как самостоятельную особенность, это часть самосознания, отношение больного к своему «Я».

Б.В.Зейгарник [41] считает, что наличие критичности у больных шизофренией является показателем сохранности личностно-мотивационной сферы. Этим же взглядом придерживается И.И.Кожуховская [42], которая считает «критичное отношение к болезни функция целостной личности, индикатором её сохранности и дифференцированности. И.И.Кожуховская выделяет следующие виды нарушения критичности: 1. Некритичность к собственным суждениям, действиям и высказываниям; 2. Некритичность к собственной личности; 3. Некритичность к психопатологическим переживаниям.

И.И. Кожуховская считает, что некритичность к собственным суждениям у больных шизофренией вытекает из измененной мотивации больных. Исследовав группу бредовых больных, она установила, что некритичность к своим психопатологическим переживаниям может сочетаться с доступностью коррекции по отношению к аффективно-нейтральным задачам. Критичность к своим болезненным переживаниям у больных шизофренией И.И.Кожуховская определяет как «псевдокритичность», что соответствует определению клиницистов «формальная критика» к болезненному состоянию.

Данные определения находят своё подтверждение и в исследованиях В.С. Чудновского, который пришел к заключению о том, что осознание болезненных психических переживаний у больных шизофренией происходит в основном путем абстрактно-логического переноса на себя фактов окружающей среды, т.е. за счет когнитивного компонента самосознания; эмоциональный компонент осознания этих болезненных переживаний выражен в значительно меньшей степени, что и определяет отсутствие у больных шизофренией внутренней убежденности в болезненности наблюдающихся у них симптомов.

С.Ю.Циркин [43] определяет нарушение критических способностей в качестве ведущего признака негативных изменений личности при шизофрении и выде-

ляет 6 вариантов нарушений критики: 1. Полная некритичность к болезни в целом и всем её проявлениям. 2. Некритичность лишь к отдельным проявлениям заболевания. 3. Отсутствие так называемой «перспективной критики», то есть отрицание принципиальной возможности будущих рецидивов. 4. Формальное критическое отношение к болезни. 5. «Двойственная критика», проявляющаяся в амбивалентном отношении к проявлениям болезни. 6. Недостаточность критической оценки сложившейся для больного микросоциальной ситуации.

С.Ю.Циркин, изучая последовательность формирования негативно-дефицитарных расстройств, пришел к выводу о том, что стирание личностных свойств у больных шизофренией происходит как бы послойно, начиная с наиболее высоко организованных и сложных характеристик личности: во-первых, происходило снижение критических способностей; во-вторых, обнаруживалась эмоциональная сглаженность; в-третьих, было снижение личностной активности. Однако, несмотря на существование данной последовательности, четких корреляций в выраженности отдельных признаков стирания личностных свойств не было, поэтому те из них, что развивались позднее, могли быть более выраженными, чем начальные.

При нарушении критических способностей речь может идти как о полной некритичности к болезни в целом и всем ее проявлениям, так и о частичной, то есть некритичности лишь к отдельным проявлениям заболевания. Может отсутствовать так называемая «перспективная критика», то есть отрицание принципиальной возможности будущих рецидивов [44] и может иметь место лишь формально критическое отношение к болезни или «двойственная критика», проявляющаяся в амбивалентном отношении к проявлениям болезни. В некоторых случаях можно констатировать недостаточность критической оценки сложившейся для больного макросоциальной ситуации. Учитывая широкую распространенность нарушений критичности у больных шизофренией, следует считать, что прогностически неблагоприятное значение этого вида негативно-дефицитарных нарушений следует относить к уже достаточно выраженным нарушениям критичности. После бредовых приступов шизофрении, например, хотя бы легкие нарушения критики отмечаются практически всегда.

Г.Т. Красильников [45], исследуя нарушения критичности у больных шизофренией, предпринял попытку создать типологию клинических проявлений критичности при шизофрении, выявляя их зависимости от других психопатологических расстройств и от особенностей течения шизофрении.

Проанализировав данные обследования 128 больных шизофренией, Г.Т. Красильников пришел к заключению о том, что синдром некритичности довольно сложен по структуре, тесно связан с процессом осознания болезни, а шире — с нарушением личностного самосознания. В большом разнообразии проявлений некритичности Красильников выделил 7 типов, отражающих особенности нарушения критического самосознания и осознания болезни: 1) Полная нозогнозия, 2) признание отдельных признаков заболевания, 3) сдвиг болезни в прошлое, 4) «соматизация» или «психологизация» болезни, 5) формально-логическое («вынужденное») признание болезни, 6)

аутоанозогнозия, 7) гетероанозогнозия («тотальная анозогнозия»). Выраженность и тяжесть нарушений критичности, по мнению Г.Т. Красильникова, находится в зависимости от уровня сохранности и структуры самосознания в когнитивном, эмоциональном и регулятивном его компонентах.

Представляют интерес для судебной психиатрии исследования последних лет, направленные на выявление степени осознания больным шизофренией собственных психопатологических симптомов и возможности контролировать их влияние на свое поведение.

С.В.Пхиденко [46], исследуя уровень осознания психических нарушений у больных шизофренией и его влияние на уровень социального функционирования, пришла к заключению, что уровень осознания психических нарушений тесно связан со способностью контролирования поведения. Она считает, что более высокому уровню функционирования соответствуют нозогностические типы внутренней картины болезни и высокий уровень осознания психических расстройств. Понижение уровня функционирования сопровождается увеличением доли гипонозогностичных и анозогностичных типов внутренней картины болезни, снижением уровня осознания психических расстройств.

Польский психиатр J.Wciorka [47] выделяет позитивное, нерешительное и негативное отношение больных параноидной шизофренией к психическим расстройствам. Автор отмечает, что больные с позитивным отношением к болезненным нарушениям большей частью характеризуются адекватной самооценкой, лучшей приспособляемостью к жизни, адекватным подходом к разным проблемам.

J.P. Mc Evoy [48] разработал вопросник для определения осознания больными шизофренией своих психических нарушений и отношения к лечению. В процессе исследований пришел к выводу о том, что больные шизофренией некритичны в основном к оценке таких симптомов, как бредовые идеи, апатия, абulia, редукция энергетического потенциала.

Ю.А. Каргаполов и М.И. Мацкевич [49] выделили 4 вида отношения к психическим расстройствам при шизофрении: 1. Полная анозогнозия. 2. Анозогнозия предыдущих приступов при осознании себя психически больным во время нынешнего приступа. 3. Некритичность к текущему приступу с формальным признанием болезни в прошлом. 4. Смешанный вариант.

Е.А.Краснушкин [50] относил «осознание болезни» к структуре самосознания.

В.М.Воловик [51] выделил 5 форм эмоционально-личностного реагирования на болезнь и ступени ее осознания при малопрогрессирующей шизофрении: разрешающая объективизация, рационализация, вытеснение, избегание, повторная актуализация болезненных переживаний. Автор считает данные феномены проявлением процессов психологической компенсации.

Термин «разрешающая объективизация» впервые описал H.S.Weitbrecht [52], назвав ее высшей формой отношения к психопатологическим явлениям. В англоязычной психопатологической и психиатрической литературе для определения осознания своего психического состояния используется термин «инсайт». Как указывают авторы Оксфордского руководства по психиатрии [53] проблема не сводится к регистрации на-

личия или отсутствия у пациента осознания своего психического состояния, скорее речь идет о степени, в какой оно присутствует.

По мнению В.Б.Первомайского [54], оценка расстройств критичности с судебно-психиатрической точки зрения, может иметь различное значение для решения вопроса вменяемости-невменяемости.

В.В.Горинев [55] полагает, что оценка состояния критических способностей является решающим моментом при производстве СПЭ. Критичность он рассматривает как весьма многомерный термин, зависящий от сохранности интеллекта и отражающий мотивационную сферу, ценностные ориентации, самосознание.

Патогенетической основой не критичности признается недостаток сенсорно-гностических компонентов психоза, преобладание функционально-изолированной симптоматики, дезинтеграция мышления, абулия, дезаффектация и снижение интеллекта [56], парциальность нарушения сознания болезни с диссимулятивными тенденциями [57], необратимое расстройство критического самосознания [58].

Анализируя научные данные по исследованию нарушений критичности при шизофрении, можно сделать заключение о том, что выраженность и тяжесть нарушений критичности находится в зависимости от уровня сохранности и структуры самосознания в когнитивных, эмоциональных и регулятивных его компонентах. Особенно четко это прослеживается в течении острых шизофренических приступов, где на высоте приступа стираются грани между «Я» и «не-Я» [59] и

этот динамический распад самосознания обуславливает тотальную анозогнозию (гетероанозогнозию), а по мере восстановления адекватного самосознания при обратном развитии приступа у больных возникает возможность различной степени осознания болезни.

Приведенный обзор литературы по проблеме вменяемости-невменяемости при шизофрении наглядно иллюстрирует известную закономерность процесса познания: постепенность, последовательность и неуклонность движения исследовательской мысли от более общих категорий к частным, от общих оценок к более дифференцированным. Динамика взглядов на исследуемую проблему характеризуется движением в направлении от полного отождествления медицинского и психологического критерия невменяемости при шизофрении к поиску наиболее существенных, ключевых критериев, какими являются состояние сознания, самосознания, критичности.

Вместе с тем очевидно, что вопрос о нарушении самосознания применительно к судебно-психиатрической практике мало исследован. Неразрывная связь оценочного аспекта самосознания с понятием критичности дает основание предполагать влияние нарушений критичности на способность человека осознавать значение своих действий и руководить ими. Сказанное определяет научную и практическую значимость исследования соотношения уровня нарушения критичности и самосознания у больных шизофренией, как одного из критериев вменяемости в судебно-психиатрической практике.

О.А. Козерацька

ПРОБЛЕМА ОСУДНОСТІ-НЕОСУДНОСТІ ПРИ ШІЗОФРЕНІЇ

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології, Україна

У судово-психіатричній практиці питання, пов'язані з діагностикою шизофренії та експертною оцінкою її різноманітних форм займають суттєве місце. Незважаючи на велику давність досліджень питання стосовно шизофренії у судово-психіатричній практиці, до нашого часу мають місце діаметрально протилежні точки зору на експертну оцінку при діагностуванні цієї хвороби. Деякі автори у останній час висловлюють думки з приводу визнання деяких хворих на шизофренію осудними при так званому «практичному одужанні», та встановленні якісних ремісій, розробляються критерії обмеженої осудності при шизофренії.

Патологія самосвідомості порівняно з іншими розділами психопатології досліджена недостатньо.

Стосовно судово-психіатричного дослідження, постійно підіймаються такі проблеми, котрі мають відношення до самосвідомості: «критичне» відношення підекспертних до самого себе, до своїх психічних актів, та внутрішніх почуттів, до своїх вчинків та дій. Виникає думка про необхідність дослідження порушень самосвідомості у хворих на шизофренію в умовах СПЕ для вирішення питання осудності-неосудності підекспертного. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 110-117)

E. Kozeratskaja

THE PROBLEM OF RESPONSIBILITY-IRRESPONSIBILITY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Kyiv center of forensic-psychiatric expertise, Ukrainian scientific research institute of social, forensic psychiatry and narcology, Ukraine

In the forensic practice the problems connected to diagnosis of schizophrenia as well as expertis of its various forms are rather essential. In spite of the fact that schizophrenia has been studied for a long time in its forensic aspect, a great number of the reports on the matter there are so far absolutely incompatible views as for the different variants of expert solutions while diagnosis of this disease. Views were shared as for the recognition of some patients as responsible in the cases of so-called «practical healing».

Pathology of self-consciousness is less studied than the other chapters of psychopathology and in fact, it has started attracting attention of psychiatrists only in recent years. Making a solution on responsibility-irresponsibility depends on preserved critical attitude of a person to his actions. It is impossible to analyze situation control the behavior without critical assessment own actions and the «I», his place and in the environment to the current happenings, when lacking are the preconditions to the ability «to account on the own action and control then». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 110-117)

Литература

1. Морозов Г.В., Шумаков В.М. Клинико-социальная основа профилактики опасных действий психически больных (по данным комплексных эпидемиологических исследований) // Эпидемиология нервных и психических болезней. Воронеж, 1979. - С.180-183.
2. Wessely S.C., Castle D., Douglas A.J., Taylor P.J. The criminal careers of incident cases of schizophrenia // *Psychological Medicine*. -1994. -№24. -Vol.2. -P. 483-502.
3. Юрцева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия. — Киев, 1996. - 148 с.
4. Мальцева М.М. Общественно-опасные действия психически больных и принципы их профилактики. Автореф. Дис. д-ра мед. наук. — М., 1987. -38 с.
5. Мохонько А.Р. Клинико-эпидемиологический анализ опасных действий психически больных (по данным судебно-психиатрических экспертных комиссий) // XI съезд психиатров России: Материалы съезда. — М., 1995. - С.468-469.
6. Котова Т.А. Клинико-социальная характеристика больных, находящихся на принудительном лечении // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — М., 1994. -С.58-61.
7. Tsitouridis S.D., Tsitouridis M. Homicidal Behavior in psychiatric patients: a clinical study // *Ceska a Slovenska Psychiatric Suppl. 2-Rocnik 91-1995*, S.63-64.
8. Озерцовский Д.С. О медленно текущей шизофрении и ее психопатологическом варианте/ В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. -М. 1973. -С. 19-25.
9. Личко А.Е. Реабилитация подростков с эндогенными психическими заболеваниями // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. -Л. -С. 140-146.
10. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., Медицина, 1987. - 240 с.
11. Первомайский В.Б. Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта. / Рукопись докт. диссерт., - Киев, 1996. -с.360.
12. Шостакович Б.В., Свириновский Я.Е. К теории патоморфоза психических заболеваний. / Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике: (Сб. научн. тр.) / Под ред. акад. Г.В.Морозова. — М., 1985. -С.21-29.
13. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическое значение патоморфоза психических заболеваний (Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике (Сб. научн.тр.) / Под ред. акад. Г.В.Морозова. -М., 1985. -С.21-29.
14. Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Герасимова С.М., Метелица Ю.Л. Патоморфоз психических заболеваний и особенности экспертных заключений / Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике (Сб. научн.тр.) / Под ред. акад. Г.В.Морозова. -М., 1985. -С.29-36.
15. Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A. et al. Awareness of illness in schizophrenia // *Schizofr. Bull.*. -1991. -Vol.17. -P.113-132.
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. Перевод на рус. яз. под редакцией: Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. Россия, Санкт-Петербург: «Адис», -1994, -303 стр.
17. Луниц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. -М.: Медицина, 1966. -236 С.
18. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Дискуссионные вопросы вменяемости при шизофрении // Шизофрения / судебно-психиатрический аспект: Сб. научн.тр. -М., 1983. -С.20-28.
19. Подrezова Л.А. Экспертная оценка психопатологических расстройств у больных шизофренией / Шизофрения (судебно-психиатрический аспект): Сб. научн.тр./ под ред. акад. Г.В.Морозова. — М., 1983. -С.96-105.
20. Скибина Н.В. Диагностика и судебно-психиатрическое значение психопатологических проявлений при малопрогрессирующей шизофрении. Автореф. дисс. на соиск.уч.ст. канд. мед. наук, М., 1994. -36 с.
21. Осколкова С.Н. Подходы к разработке критериев ограниченной вменяемости при шизофрении. // Сб. научн.тр. Ограниченная вменяемость / под ред. проф. Б.В.Шостаковича, — М., 1996. -С.46-53.
22. Клембовская Е.В. О возможности применения правовых категорий вменяемости и ограниченной вменяемости в случаях стойкой глубокой ремиссии шизофрении. // Сб. научн. тр. Ограниченная вменяемость / под ред. проф. Б.В.Шостаковича, — М., 1996. -С.59-68.
23. Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Сб. научн.тр. Ограниченная вменяемость / под ред. проф. Б.В.Шостаковича, — М., 1996. -С.18-28.
24. Абдурагимова З.Т. О судебно-психиатрических оценках больных шизофренией в состоянии ремиссии // Матер. междунар. конф. психиатров. — М., 1998. -С.114-115.
25. Спирина И.Д. Некоторые патологические механизмы антисоциальных поступков и общественно-опасных действий при шизофрении. // Матер. междунар. конф. психиатров. — М., 1998. -С.174.
26. Герцберг М.О. Очерки по проблеме сознания в психопатологии. — М.: Медгиз, 1961. -176 С.
27. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. — М., 1972. -303 С.
28. Голицын Г.А., Сербиненко М.В. Межполушарная асимметрия и проблема сознания // Методологич. аспекты науки о мозге. / Ред. О.С.Адрианов, Г.Х.Шингаров; АМН СССР. -М.: Медицина, 1983. -С.231-239.
29. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. — М., 1981. -288 с.
30. Спрингер С., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг / Пер. с англ. — М.: Мир, 1983. -256 С.
31. Иваницкий А.М. Сознание и рефлекс // Журн. высш. нервн. деят. им. И.П.Павлова. -1990. -Т.40. -Вып.6. -С.1053-1062.
32. Сеченов И.М. Избранные философские и психологические произведения. -М., 1947. -556 с.
33. Кон И.С. В поисках себя: личность и её самосознание. — М., 1984. -335 с.
34. Чудновский В.С. Пути и перспективы изучения самосознания при психических заболеваниях // Обзорение психиатрии и мед. психологии. -1992. -С 19-27.
35. Крепелин Е. Введение в психиатрическую клинику. 3-е доп. изд. -М., 1923. - 456 с.
36. Носенко Н.Ф. Роль состояния самосознания больных шизофренией в их социальной адаптации. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — С.-Петербург., 1992. -17 с.
37. Шейфер М.С. Сравнительное изучение самосознания больных с депрессивно-параноидным синдромом при шизофрении и сосудистых поражениях головного мозга. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Л., -1987. -16 с.
38. Пескова М.В. Сравнительное изучение самосознания у больных с синдромом вербального галлюциноза при экзогенно-органических психозах и шизофрении. / Сб. научн.тр. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях. — Куйбышев., 1982. -С.85-93.
39. Носачев Г.Н. Нарушения самосознания у больных шизофренией с депрессивным и депрессивно-параноидным синдромами. // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -1987. -Т.87, вып.5. -С.709-713.
40. Корнилов А.П. О нарушениях самосознания у больных шизофренией // Матер. Междунар. конф. психиатров. — М. -1998. -С.145-146.
41. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журн. невропат. и психиатр. Им. С.С. Корсакова. -1985. -Т.85, вып.12. -С.1813-1819.
42. Кожуховская И. И. Нарушение критичности у психически больных: (Патопсихол. исслед.). — М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1985. -79 с.
43. Циркин С.Ю. О закономерностях развития психической патологии. М. Социальная и клиническая психиатрия, 1994. - №2; С.105-120.
44. Северный А.А. // Всерос. Съезд невропатологов и психиатров 4-й Т.1. -М., 1980. -С.610-612.
45. Красильников Г.Т. Особенности нарушений критичности при шизофрении // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. -1993. -№2. -С.95-97.
46. Пхиденко С.В. Социальное функционирование и компенсация при шизофрении. Киев, 1996. -120 с.
47. Wciorka J/ Stosunek chorych de przezywanyc zaburzen schizofrenicznyc // *Psychiatr. Pol.* -1988. -Vol.22, №3. -S.223-230.
48. Mc Evoy J.P., Schoder N.R., Friedman E. et al. Use of psychopathology vignettes by patients with schizophrenia of schizoaffective disorder and by mental health professionals to judge patient's insight // *Am. J. Psychiatry*. -1993. -Vol.150, №11. -p.1649-1653.
49. Каргаполов Ю.А., Мацкевич М.И. К вопросу об анозгнозии при шизофрении // Актуальные вопр. психиатрии Томск, 1983. -Вып.1. -С.103-104.
50. Краснушкин Е.А. О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях. / Тр. 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1950. -С.248-254.
51. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации больных. Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — Л., 1980. -39 с.
52. Weitbrecht H.S. Was heisst multikonditionale Betrachtungs weise bei den Schizophrenien. // *Fortshr. Neurologie, Psychiatrie U. ihrer Grenzgebiete*, -1972. -Bd.40. S.287-307.
53. Гельдер М.Гет Д. Мейо Р. // Оксфордский учебник по психиатрии: Пер. с англ. В 2 т.-К.: Сфера, 1999. -Т.1. -С.-32.
54. Первомайский В.Б. Невменяемость, - Киев., 2000. - 320 с.
55. Горинов В.В. Понятие «иное болезненное состояние психики» в формуле невменяемости // Матер. междунар. конф. психиатров. — М., 1998. -С.129-130.
56. Плотицер А.И. // Проблемы психиатрии. — Вып.1. -Киев, 1970. -С.29-36.
57. Познанский А.С. // Проблемы сознания: материалы симпозиума. — М., 1966. -С.580-585.
58. Викторов И.Т. Клиника апсихотических форм шизофренического дефекта и его церебральная сущность. Дис. ... докт. мед. наук — Л., 1967.
59. Свердлов Л.С. // Журн. Невропатол. Психиатр. -1981. -№5. -С.737-742.

Поступила в редакцию 16.03.2001г.

П.Т. Петрюк, Л.І. Бондаренко

АКАДЕМІК СТЕПАН ВОЛОДИМИРОВИЧ БАЛЕЙ — ВИДАТНИЙ УКРАЇНСЬКИЙ І ПОЛЬСЬКИЙ ПСИХОЛОГ, ЛІКАР, ПСИХОАНАЛІТИК ТА ФІЛОСОФ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська міська клінічна психіатрична лікарня №15, Харківський державний педагогічний університет ім. Г.С.Сковороди, Україна

Ключові слова: біографічні дані, спогади сучасників, творча еволюція поглядів, науковий здобуток, наукова спадщина

Степан (Стефан-Максим) Володимирович Балей (1885-1952) — видатний український і польський психолог, лікар, психоаналітик та філософ, який своїми численними статтями і фундаментальними працями створив підвалини психології виховання [17,41], персонології, розвив вчення психоаналізу, не обмежуючись ідеями З.Фрейда, а розглядаючи його ширше, схиляючись до «глибинної» психології А. Адлера і К.Г. Юнга, чим створив ґрунтовну для свого часу наукову теорію особистості в Україні і Польщі, яка не втратила своєї цінності і в наші дні [18].

С.В.Балей — це не просто непересічний вчений, а талановитий дослідник у провідних галузях гуманітарних наук, котрий несправедливо опинився поза увагою наукової громадськості України і, в значній мірі, Польщі. Надзвичайно мало написано про академіка С.В.Балея в українській науковій літературі [12,13,17, 21], у польській літературі — більше, але також незаслужено мало [39-41]. Степан Володимирович — це постать трагічної долі, яка з молодих років відчула себе покликаним до наукової праці, але була приречена на те, щоб здобувати умови до самовиразу на життєвих шляхах, які здебільшого викликали душевний дискомфорт, глибинний внутрішній розлад, а можливо, й постійний зачасний внутрішній конфлікт, що десятки років ятрив його свідомість.

Помічений і підтриманий видатним польським філософом К.Твардовським, здобувши визнання фахових філософів і психологів Польського філософського товариства у Львові, С.В.Балей так і не спромігся здобути у себе на Батьківщині доступу до викладання у вищому навчальному закладі, де міг би плідно працювати науково. Метрополія не могла допустити, щоб талановитий абориген працював у своєму етнічному середовищі. Зате йому були запропоновані гідні наукові посади в метрополії

— кафедру психології у Варшавському університеті та Інститут педагогічної психології, який він створив особисто. Вчений погодився і отримав належні умови для плідної праці, хоч не у Львівському, а у іншому, з всесвітнім авторитетом, університеті. Покликанець науки прирік себе на становище вічного емігранта — з одного боку, відірваного від рідної землі, а з другого — Польщі — з українською душею, належав до тих, кого називали «gente Ruthenus, nationale Polonus», тобто поляк українського походження [41]. Вчений, який за висловом М.Ziemnowicz, був по суті справи одним із головних організаторів досліджень в психології, заклав підвалини польської психології виховання, був обраний до Польської Академії Наук лише напередодні своєї смерті — у квітні 1952 року (помер 13 вересня 1952 року).

Очевидно, були підстави для того, щоб у бібліографії своїх наукових праць, яка зберігається в його особистій справі в Варшавському університеті, вчений подав лише 42 позиції польськомовних видань, пояснюючи, що не називає праць, опублікованих до 1928 року, оскільки «немає їх примірників і не в змозі подати їх докладної назви і року видання. Тих праць не мають також польські бібліотеки». На думку С.В.Балея, шукати їх треба було б в університетській бібліотеці у Львові [41]. Соромитись їх Степану Володимировичу не було підстав. Вони мали значну наукову і дидактичну вартість у часи видання. Не втратили її і зараз. Були у С.В.Балея, певно окрім мнемонічних, більш вагомими причини не згадувати ці твори. Ті причини, очевидно, зумовлювались обставинами позанаукового, більш широкого порядку, пов'язаними з тогочасними політикою та ідеологією. Відданий суцільно покликіві наукового пошуку, С.В.Балей не міг, однак, не рахуватись з загрозливими вимогами минулого, кон'

юнктурного характеру. Тим більше, що пережив він часову смугу суспільного життя, насичену жахливим суспільним полюванням на людину взагалі, а тим більше — наділену непересічною вдачею. Сорокові роки — німецька навала і геноцид, кінець 40-х — початок 50-х років — загострення внутрішніх суперечностей, в якому перемішалось і сплелось в єдиний клубок соціальне, класове, політичне, ідеологічне (число їм легіон) — самовправно взяли на себе роль наглядачів і виконували її самозахоплено до самонестями; утворивши щільний ланцюг, вони оточили науковців замкненим колом, в якому сіялась підозра до всього нового і непересічного, створювалась атмосфера страху і безвиході, в якій кожний був приречений. Оскільки наука за своєю природою спрямована проти сталості, вона повсякчасно давала підстави для звинувачення її покликаних у збоченнях і відхиленнях від святої ідеї. В атмосфері, отруєній підозрами і розправами, довелося жити і працювати С.В.Балею [17]. Гірше завжди тим, які обирають своєю долею повсякденною копіткою працею творити життя, торувати йому нові шляхи, імення цим самовіданим трударям — «сіль землі». До їх числа належав невтомний трудар від науки С.В.Балей.

Спогади про Степана Володимировича не змальовують його як такого, хто прагне до борні. Скоріше, це людина скромної вдачі, але невтомної праці, віддана обраному шляху в науці. «Невеликий за зростом, — пише про нього M.Ziemnowicz, — скромний в поведінці, ніколи не висувався наперед, скоріше тримався стримано, на узбіччі, неохоче подавав голос у дискусіях, хоча багато мав що сказати. У колі, звичному для нього, у колі своїх співробітників почував себе краще, вмів бути ініціативним, охоче визнавав праці інших, безкорисно допомагав їм у роботі [41].

Народився Степан Володимирович Балей 4 лютого 1885 року в селі Великі Бірки Тернопільського повіту (нині Тернопільської області) в сім'ї вчителя народних шкіл. Там же закінчив початкову школу, потім навчався в Тернопільській гімназії, де одержав свідоцтво зрілості. З 1903 по 1907 роки навчався на філософському факультеті Львівського університету переважно з фаху філософії та психології. Належав до кращих студентів професора К.Твардовського. Після закінчення університету склав державний іспит на вчителя середніх шкіл, працював в гімназіях з українською мовою викладання в Перемишлі, Тернополі,

Львові, де викладав математику, початкову психологію і логіку. У 1911 році у Львівському університеті під керівництвом професора К.Твардовського здобув науковий ступінь доктора філософії, а в 1912 році на цій підставі отримав від австрійського міністерства освіти стипендію з фонду, призначеного для подальшого навчання доцентів, і виїхав на спеціальні студії з курсу філософії до Німеччини, опісля до Франції і Австрії. В Берліні переважно слухав професорів Карла Штумпфа та Шефера і працював у психологічному та фізіологічному інститутах Берлінського університету. Займався проблемою біаурального слуху. Тут він зазнав впливу видатного філософа і музикознавця професора Карла Штумпфа, котрий так само як і професор К.Твардовський були учнями відомого німецького філософа Франца Brentano, лекції якого слухав, а також брав приватні уроки З.Фрейд. Наслідком цих студій було 5 досліджень, надрукованих у німецьких філософських та фізіологічних журналах. Якийсь час Степан Володимирович навчався у Парижі в Сорбоні (1912-1914 роки) та Відні. По поверненні до Львова написав на німецькій мові дослідження «Uber Urteilsgefuhle», а на українській — «З психології творчости Шевченка». Декілька філософських досліджень надруковано в «Записках» Наукового Товариства ім. Т.Г.Шевченка, «Літературно-Науковим Віснику» та в «Шляхах». Ще за часів Першої світової війни він записується на лікарський факультет Львівського університету, після навчання у 1917-1922 роках здобуває звання «доктора усіх лікарських наук». Після цього одночасно з викладанням у філії Української Академічної гімназії у Львові, викладає філософію в Українському таємному університеті і практикує як «lekarz woluntariusz na Oddziale choryb nerwowych i umyslowych Szpitalu Powszechnego we Zwywie» до листопада 1927 року, а пізніше також у Варшаві. Інтерес до психології, який виявився під час здобування філософської освіти, привів згодом С.В.Балея на лікарський факультет, і це поєднання зацікавлення філософією з глибоким інтересом до психології та медицини (зокрема, до психопатології і неврології) плідно позначилися на подальшому спрямуванні наукових пошуків вченого [14,17,19,24,25,37,38].

Як науковця з двома докторськими дипломами, автора низки наукових праць міністерство освіти Польщі делегувало Степана Володимировича на Міжнародний з'їзд психологів в Англію, де глибоким знанням предмету він звернув на себе увагу учасників з'їзду. У листопаді 1927

року С.В.Балея було запрошено керувати новоствореною кафедрою психології виховання у Варшавському університеті (професор надзвичайний, а з 1934 року професор звичайний). На цій посаді С.В.Балей залишається аж до своєї смерті 13 вересня 1952 року [14,17].

На ній Степана Володимировича застала німецько-фашистська окупація Польщі. У ці страшні часи вчений постійно перебуває у Варшаві, у тому числі 9 днів під час Варшавського повстання. Після спалення професорського будинку по вулиці Nowy Zjazd, 5, С.В.Балей був примусово поміщений до табору в Пруткові. Пробувши в ньому десь зо тиждень, він втік з нього, спочатку переховувався у колеґ-лікарів у Творках, згодом в Кобежині під Краковом, звідки з молодшою сестрою перемістився до Свотоец. З утворенням таємних університетських курсів в Ченстохові був запрошений їх організатором і керівником професором Наврочинським до викладання на них. Після звільнення Варшави від німецько-фашистської окупації і відновлення наукового життя повернувся до своєї посади у Варшавському університеті, а також очолив Інститут психології виховання [17]. Після війни був нагороджений Хрестом Ордена Відродження Польщі [14].

Тяжкі обставини життя, переживання постійної загрози в умовах окупації (нелегі часи наступили і після неї — додано від себе) підірвали здоров'я професора С.В.Балея, викликали в нього нервовий розлад, депресію, почуття втоми. У наведеному М.Ziemnowicz уривку з життєпису, який Степан Володимирович власноручно написав 23 червня 1950 року, відповідно до університетських вимог, відзначається: «Більшість особистих документів і записів загинуло в зв'язку з останньою війною, тому прагнути подати докладні подробиці стосовано дат і місцевостей, повинен був би у значній мірі спиратися на пам'ять, від якої важко вимагати правдивого відтворення перебігу життя, що триває нині вже більше як 65 років. З огляду на це, у тому, що зможу подати, обов'язково будуть міститися певні неточності і прогалини. Однак не маю права робити тільки припущення у письмовому викладі, яке повинно мати характер документу. Дозволю собі ще додати, що я завжди мав пам'ять досить гостру, але теперішній мій вік і події, пов'язані з останньою війною, без сумніву причинилися до її послаблення» [41].

Важливим є питання, яке не можна обминути: С.В.Балей і Україна, його творчість і українська культура. Адже 24 роки життя Степана

Володимировича пройшли в Польщі, у стінах Варшавського університету, згодом — також в Інституті виховної психології. Ми вже згадували про те, що в Польщі С.В.Балей здобув визнання як один з провідних діячів психологічно-педагогічної науки, засновник важливих її напрямків. Але, відповідаючи на поставлене питання, ми маємо усі підстави стверджувати про суб'єктивну та об'єктивну приналежність вченого до української культури і науки.

Наукову діяльність академіка С.В.Балея можна поділити на два періоди: а) український (1911-1927) та б) польський, варшавський (1928-1952). Перший період починається з публікації праць у «Записках» НТШ, викладання в українських гімназіях Перемишля, Тернополя, Львова. У 20-х роках С.В.Балей разом з І.Крип'якевичем, В.Щуратом, який був першим ректором, Ф.Колесою, М.Возняком, І.Свінцицьким та іншими відомими діячами української культури викладав в Українському таємному університеті у Львові [22,23].

У науковій спадщині С.В.Балея десятки праць українською, польською та німецькою мовами з медицини, психології, логіки, педагогіки, психоаналізу. Його підручники «Нарис психології» (1922) та «Нарис логіки» (1923) вважаються першими підручниками з цих дисциплін, що видані українською мовою. Серед численних праць Степана Володимировича назвемо декілька: «Замітка про вплив гіпнози на сон» (1924) [9], «Трійця в творчості Шевченка» (1925) [10], «Горячка і свідомість» (1926) [11], «Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka» (1935) [30], «Drogi samopoznanie» (1947) [34].

Окрему групу його творів становлять праці з психоаналізу. Перебуваючи в Західній Європі — Берліні, Парижі, Відні в 1913-1922 роках, С.В.Балей був не тільки добре обізнаний з концепціями провідних психоаналітиків З.Фрейда, К.Г.Юнга, А.Адлера, Е. Зимеля, але й творчо їх перетлумачив, застосовуючи на українському ґрунті. В 1916 році у Львові була видана його книжка «З психології творчості Шевченка», в якій він аналізує особистість і творчість поета з психоаналітичних позицій [3]. Ця його праця привернула увагу інтелігенції Львова. Пізніше, працюючи в Польщі, видав низку праць, в яких психоаналіз застосовується для вивчення особистостей і творчості польських діячів культури — поета Ю.Словацького, письменника С. Жеромського.

Творчість С.В.Балея вивчалась у Західній Україні (Львові), у Польщі, але мало відома в

Наддніпрянській Україні. Втім зауважимо, що в 1929 році Харківський географічний інститут висунув професора С.В.Балея у дійсні члени ВУАН по відділу філософії, соціології і права.

Вже перше дослідження з історії психоаналізу в Україні [21], що було виконане нами, показало, що праця Степана Володимировича «З психології творчості Шевченка» [3] — найцінніша серед інших психоаналітичних досліджень, котрі виконані в Україні на початку ХХ століття та у його 20-30 роки. Це оригінальне, глибоке за змістом, творче дослідження особистості та творчості великого поета, в якому використовується не традиційний фрейдівський Едипів комплекс, а так званий Ендиміонський мотив, винайдений самим С.В.Балеєм, що відповідає особистостям Т.Г.Шевченка та українській ментальності.

Ні скільки не принижуючи значення творчості засновника психоаналізу З. Фрейда, все ж таки зазначимо, що його концепція (Едипів комплекс, етапи психосексуального розвитку дитини, лібідо як енергія сексуального потягу та інші) застосована як засіб вивчення творчості видатних діячів мистецтва (Леонардо да Вінчі, Достоєвського) чи історичних діячів (Наполеона, Гітлера, Сталіна) приводить до досить фантастичних висновків та вульгаризмів. Адже З.Фрейд вважав Едипів комплекс всезагальною закономірністю розвитку хлопчиків віком 4-5 років, але безліч досліджень, що були проведені з метою перевірки загального характеру Едипового комплексу не підтвердили його існування як необхідного, обов'язкового етапу психічного розвитку дитини. Тому, хоч великим культурним і науковим досягненням З.Фрейда є започаткування самого методу психобіографій, його психоаналітичні портрети не в усьому переконливі, не завжди допомагають краще зрозуміти творчість того чи іншого митця чи історичного діяча. Дійсно, чи допоможе нам глибше відчувати красу і привабливість Мони Лізи «Джоконди», якщо ми, прочитавши роботу З.Фрейда «Леонардо да Вінчі», визнаємо, що митець буцім-то був гомосексуалістом?

На відміну від Едипового комплексу Ендиміонський мотив** (комплекс) на погляд С.В.Балея не є загальною закономірністю психічного розвитку дитини. Але він часто зустрічається у митців, котрі в повсякденному житті є інфантильні, якщо до того митець рано залишився сиротою, втратив матір, його інфантильність поглиблюється, і тоді він несвідомо шукає такої коханої чи дружини, яка б

замінювала йому матір; так він прагне компенсувати потребу в материнській ніжності і турботі, яких не мав у дитинстві.

С.В.Балей переконливо доводить, що основний мотив творчості Т.Г.Шевченка — мотив матері-покритки-Мадони — є саме компенсація глибоких суб'єктивних переживань Т.Г.Шевченка, який рано втратив матір і потребував саме Ендиміонського кохання. Зіставлення психоаналітичного дослідження С.В.Балея з біографією Т.Г.Шевченка, наприклад, як вона викладена у фундаментальній науковій праці П.І.Зайцева «Життя Тараса Шевченка» [20] доводить справедливість міркувань С.В.Балея, обґрунтованість загальної концепції Ендиміонського комплексу та доцільність його застосування до особистості та творчості Т.Г.Шевченка. Це дійсно талановита робота, що допомагає нам глибше збагнути нескінчений світ суб'єктивності великого поета, що втілений у символічних образах його поезій.

Ще одне незайве зауваження. Інколи, навіть від спеціалістів, можна почути, що застосування психоаналізу до вивчення особистості Т.Г. Шевченка неприпустиме, бо веде до приниження образу великого поета, який існує в свідомості українського народу, адже фрейдівські тлумачення і змісту душевного життя, і поведінки, і творчості особистості — пансексуалістські. Дійсно, саме фрейдівський психоаналіз з його вульгаризмами дещо не сумісний з українською ментальністю. Відома любов і пошана українського народу до свого великого поета, котрий є символом самого українства, української національної духовності. Тому, дійсно недоречно аналізувати його особистість і творчість, застосовуючи фрейдівські пансексуалістські категорії. З цієї точки зору саме психоаналіз, виконаний С.В.Балеєм, відповідає українській ментальності. Ставлення Степана Володимировича до особистості Т.Г.Шевченка — дбайливе, обережне, проникнуте великою пошаною, розумінням і співчуттям до драматизму його внутрішнього світу, що втілений в його творчості.

Робота С.В.Балея «З психології творчості Шевченка» [3], безперечно, належить до українського психоаналізу. За нашими дослідженнями на сьогоднішній день вона є одним із перших і кращих документів українського психоаналізу, творчою, оригінальною, високопрофесійною і високохудожньою працею.

Характеризуючи науковий доробок академіка С.В.Балея, необхідно відзначити, що він вимірюється не кількістю праць, а їх

фундаментальністю. У нього їх десь більше 50. Але ці статті і великі за обсягом, фундаментальні за змістом монографії, які синтезують експериментальний і теоретичний досвід, а також на основі власних ідей, закладають підвалини цілої галузі знань [17].

У Львові до К. Твардовського, засновника Львівсько-варшавської школи фахово психологічною проблематикою займалися Ю. Охорович, О. Раціборський. Але в колі його учнів вона посідала поважне місце. Про чуттєві явища писав С. Ігель, про внутрішній досвід — Р. Ингарден, Т. Котарбінський, Г. Лелешувна, про наукову творчість — Я. Лукасевич, про теорію уявлень — Т. Вітвіцький. В. Вітвіцький і С.В.Балей цілком присвятили себе праці на ниві психології. Перший займався загальною психологією, а Степан Володимирович — в основному її спеціальними галузями [17].

Інтерес К.Твардовського і його учнів до емпіричної описової та експериментальної психології (як емпіричної основи наукової філософії) веде до того, що саме на цю галузь досліджень спрямовує увагу С.В.Балей. При цьому у ранніх своїх працях С.В.Балей звертається до вивчення механізму функціонування чуттєвого рівня свідомості людини. На ґрунті цих досліджень вийшли ранні публікації Степана Володимировича «Про різницю між почуттями осудними і представними» [1], «Експеримент в науці психології» [2], «Осудні почування і «наставлення» [4].

С.В.Балей і пізніше не втрачає інтересу до психологічного експерименту, звертається до тестування, психотехніки [27,28]. В розумінні описової експериментальної психології традиція Львівсько-варшавської школи виходить з поглядів Ф. Brentano, а також Вундта і Фехнера, а в розумінні чуттєвої сторони свідомості від Мейнонга, Герлера та інших. Віддаючи данину психо-фізичному паралелізму, Степан Володимирович, як і Brentano, в психологічному експерименті відрізняє екстроспекцію (зовнішнє спостереження) і інтроспекцію (внутрішнє спостереження). Фундаментальним засобом пізнання психічних явищ виступає інтроспекція, інтерес до якої позначається і на дальших нахилах С.В.Балей в психологічних дослідженнях [15-17].

С.В.Балей у 1922 році видає перший в Галичині підручник з психології «Нарис психології» [6], в якому дає своє визначення предмету психології. Психологія займається суб'єктивними явищами, іншими словами: «світом так як він уявляється людині залежно від стано-

вища, яке вона в ньому займає». Психологія — це наука про свідомість, бо наша свідомість проявляється саме у тому, що ми спостерігаємо, думаємо, бажаємо, любимо, ненавидимо і т.д. Психологія — це наука про душу, якщо слово «душа» вживати як назву «на загал психічних явищ, що їх якась одиниця переживає» [6]. Степан Володимирович одночасно стверджує цілісність психічного життя людини. Він говорить про психічне «я» як суб'єкт всього змісту психічної діяльності, що втілює в собі цілісність, єдність і безперервність свідомості [6]. Це психічне «я» становить внутрішній світ людини, включає всю гаму психічних елементів як у межах свідомості, так і за її порогом (тобто в сфері несвідомого). Саме зміст і особливості цього психічного «я» беруться С.В.Балей до уваги при визначенні особистості, її індивідуальності. Головним джерелом пізнання психічних проявів С.В.Балей вважає самоспостереження [6].

Слід згадати, що в 1923 році Степан Володимирович видає «Нарис логіки» [7]. Це також перший в Галичині підручник з логіки. В ньому викладаються основні положення Аристотелевої логіки; під впливом Brentano, традиції і у відповідності з підручником із психології дається (по суті за К.Твардовським) класифікація форм мислення. Необхідно відмітити також важливе значення підручників С.В.Балей з психології і логіки в розробці української спеціальної термінології [17].

Зупинимось знову на питанні про інтроспекцію, але вже тепер під оглядом того, як вона вплинула на формування наукових інтересів С.В.Балей. Безумовно, саме з інтроспекцією пов'язане звернення Степана Володимировича до психоаналізу при вивченні внутрішніх джерел і спонук художньої творчості. Досить плідно С.В.Балей застосовує його до творчості Т.Г.Шевченка («З психології творчості Шевченка») [3], Ю.Словацького («Psychoanaliza jednej pomyłki Slowackiego») [26], С. Жеромського («Osobowość twórcza Jeromskiego: Studium z zakresu psychologii twórczości») [31]. С.В.Балей критично ставиться до зосередженості З. Фрейда на біологічному інстинкті. Він, зокрема, підкреслює, що вже А.Адлер і К.Г.Юнг переглядають таке тлумачення психоаналізу і шукають ширших шляхів у його розумінні і застосуванні. Так думає і С.В.Балей. Він схильний до розвиненої на ґрунті ширшого тлумачення психоаналізу так званої «глибини» психології і вважає психоаналіз методом, який дає можливість знаходити в глибинах психіки творчої особистості переживання

і враження, що стають неусвідомленим джерелом образів і мотивів творчої діяльності. С.В.Балей не вважає достатнім поясненням мотивів творчості впливами зовнішніх обставин, у тому числі соціальних. На його думку, психоаналіз дає можливість проникати у творчу індивідуальність митця, що вкрай необхідно для з'ясування джерел і змісту творчого процесу [17].

В подальшому Степан Володимирович обирає об'єктом свого теоретичного аналізу проблему особистості. Видає окрему працю, присвячену цій темі: «Osobowość» [33]. Вже в «Нарисі психології» [6] С.В.Балей висловлює думку про психосоматичну єдність психічної діяльності. Цій темі присвячені великі і ґрунтовні праці: «Psychologia wieku dojrzewania» [29], «Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka» [30]. У цих працях С.В.Балей відходить від психо-фізичного паралелізму і розкриває процес становлення особистості в цілісності психосоматичного розвитку. У праці «Drogi samopoznania» [34] С.В.Балей цілком визначено формулює думку про психо-фізичну цілість особи. На основі цих поглядів Степан Володимирович заклав напрямки вивчення психології дитини і психології розвитку.

С.В.Балей приділяє велику увагу питанням психології виховання, проводить дослідження, накопичує науковий матеріал і у 1938 році видає книгу: «Psychologia wychowawcza w zarysie» [30], що витримала декілька видань, в т.ч. шосте видання вийшло в 1965 році.

У 1947 році С.В.Балей їде до США в наукове відрядження у 7 міст на стипендію ЮНЕСКО терміном на 4 місяці для визначення методів боротьби із злочинністю серед молоді і видає на основі досліджень працю: »Zagadnienie walki z przestępczością młodocianych na tle współczesnych doświadczeń w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej» [35].

Логіка наукового пошуку виводить С.В.Балея на більш широкий рівень узагальнень. Він звертається у книзі «Wprowadzenie do psychologii współczesnej» [36] до проблем соціальної психології [17]. Характерно, що поза увагою Степана Володимировича не залишаються наукові праці інших авторів, що спрямовані на використання сили та можливостей несвідомого. Нещодавно знайдена стаття С.В.Балея «Проблема куейзму» [8], яка не згадується в розповсюдженій бібліографії творів українського і польського вченого. Навіть ця невелика стаття засвідчує, що в цей період Степан Володимирович постає перед нами в особі зрілого науковця, котрий не

відсторонюється від розгляду навіть таких складних проблем, якою є, безперечно, проблема куейзму. Разом з цим, він виявляю наукову чесність — далекий від будь-яких спекуляцій на складній проблемі і не наводить просторих міркувань з цього приводу, які є лише породженням невтримної фантазії. Для нього метод лікаря Куе становить цінність, як ще одна з ряду спроб проникнути в область незвіданого, в глибини людської психіки, тому він приділяє їй належну увагу. «Велетня можна пізнати і по мізинцю» — сказав колись Геракліт, — тому навіть невелика стаття і сьогодні свідчить про непересічну особистості її автора [23].

У логічно пов'язаному спектрі наукових інтересів С.В.Балея можна було би виділити такі пласти: емпірична, експериментальна психологія; загальна психологія; дитяча психологія; психологія розвитку людини; педагогічна психологія виховання; психологія особистості; психологія творчості; психологія злочинності; суспільна психологія. До якого ж напрямку можна було б віднести погляди С.В.Балея? На думку професора М.М.Верникова, такий підхід можна назвати цілісносинтетичним методом сцієнтистського характеру. Отже ясно: такий метод вимагає широкої обізнаності у предметі своїх досліджень, ерудиції. І все це у С.В.Балея було.

Що стосується суспільних поглядів Степана Володимировича, то всією своєю творчістю він стверджував гуманістичні ідеали, повагу до людини, її особистості, толерантність у суспільних відносинах. Він завжди відстоював все те прогресивне, що підносило людське в людині і суспільстві. Присвятивши себе пізнанню людини, він зрозумів важливе: це глибинний, можливо неосяжний до кінця, крихкий світ, який вимагає обережності і поваги. Таким був і С.В.Балей, який сам не витримав брутальної наваги дійсності, померши на 67-му році життя і залишивши нам свою спадщину, яка мусить стати частиною сучасної філософії реального гуманізму, української культури і медицини [17].

Похвально, що вчені дотепер цікавляться життям і діяльністю С.В.Балея. Так, знайдений автограф Степана Володимировича, котрий поставив у 1922 році свій підпис у графі «господар кляси», працюючи у філії Державної Академічної гімназії у Львові; відомий композитор і дирижер М.Ф.Колесса має в домашньому альбомі фотокартку, 1917 року, де серед групи викладачів є і С.В.Балей. Ці зроблені важливі знахідки дають змогу заповнити прогалини у

наших відомостях про видатного вітчизняного вченого. Цінні знахідки також зроблені Ю.Вінтюком при пошуку публікацій С.В.Балея на медичну тематику [19]. Наприклад, в журналі «Лікарський вісник» (з бібліотеки НТШ), який видавався з 1920 по 1929 роки, спочатку Українським лікарським товариством, а з 1925 року — спільно з Лікарською комісією НТШ, знайдені ще дві публікації Степана Володимировича: «Замітки з приводу засновання Інституту для нормальної і патологічної психології при Науковім Товаристві ім. Т.Г.Шевченка у Львові» [5] і статтю «Горячка і свідомість» [11].

У варшавський період С.В.Балей написав десятки наукових праць польською та іншими мовами. Разом з цим Степан Володимирович не цурався українських проблем, виступав з доповідями на з'їздах українських лікарів і педагогів у Львові, зокрема, на такі теми: «Досліди над *vagus* і *sympaticus*» (1-й з'їзд українських лікарів, листопад 1924 року); «Лікування нервових недуг шоком» (2-й з'їзд природників і лікарів у Львові, червень 1927 року);

«Про характер» (з'їзд учителів середніх шкіл «Рідної школи» у Львові); »*Perspektywy rozwojowe psychologii polskiej i plan badac naukowych w tym zakresie*» (Конгрес Науки Польської, май 1950).

Помер Степан Володимирович 13 вересня 1952 року, похований на цвинтарі Повонзки у Варшаві.

Таким чином, у Польщі наукові заслуги С.В.Балея були відзначені свого часу, хоча, як ми уже відмічали, незаслужено мало. У 1934 році його було обрано членом наукового педагогічного товариства у Кракові; 1945 році — дійсним членом Варшавського наукового товариства, а з квітня 1952 року він став дійсним членом (титулярним) Польської Академії Наук. Наукова спадщина видатного українського і польського психолога, лікаря, психоаналітика та філософа С.В.Балея чекає вивчення в Україні, а сам він, на основі вивчення його наукової спадщини та безцінного внеску в заснування та розвиток згаданих галузей науки, — заслуженого визнання.

П.Т. Петрюк, Л.И. Бондаренко

АКАДЕМИК СТЕПАН ВЛАДИМИРОВИЧ БАЛЕЙВИДНЫЙ УКРАИНСКИЙ И ПОЛЬСКИЙ ПСИХОЛОГ, ВРАЧ, ПСИХОАНАЛИТИК И ФИЛОСОФ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковская городская клиническая психиатрическая больница №15, Харьковский государственный педагогический университет им. Г.С. Сковороды

На основании источников специальной литературы приведены новые биографические данные и воспоминания современников об академике С.В.Балее — видном украинском и польском психологе, враче, психоаналитике и философе. Проводится анализ творческой эволюции его взглядов и научных достижений. Подчеркивается, что в Польше научные заслуги С.В.Балея были отмечены в свое время, хоть незаслуженно мало, в то время как его научное наследие в Украине еще ожидает изучения, а он сам — заслуженного признания. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. — № 1 (8). — С. 118-125)

P.T. Petryuk, L.I. Bondarenko

THE MEMBER OF ACADEMY S.V.BALEY IS THE PROMINENT UKRAINIAN AND POLISH PSYCHOLOGIST, PHYSICIAN, PSYCHOANALYTIC AND PHILOSOPHER

Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education, Kharkiv Municipal Clinical Psychiatric Hospital 15, Kharkiv State Pedagogical University named after Gr. Scovoroda

New biographical data and reminiscences of contemporaries about the Member of Academy S.V.Baley are presented in the article. The reported facts are proved that S.V.Baley was the prominent Ukrainian and Polish psychologist, physician, psychoanalytic and philosopher. The analysis of the evolution of his ideas and his scientific achievements are demonstrated. The scientific merits of S.V.Baley was marked in according time in Poland, however that was insufficiently. At the same time, the scientific legacy in Ukraine is demanded investigation and S.V.Baley must be recognised as prominent figure of science. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2001. — № 1 (8). — P. 118-125)

Література

- 1) Балеї С. Про різницю між почуттями осудними і представними // Записки Наукового Товариства ім. Т. Шевченка. — Т. 105. — Львів, 1911. — С. 135-168.
- 2) Балеї С. Експеримент в науці психології // Звіт дирекції ц.к. гімназії з руською викладавою мовою в Перемишлі за шкільний рік 1912/1913. — Перемишль, 1913. — С. 3-23.
- 3) Балеї С. З психології творчості Шевченка. — Львів: Наук. вид-во «Шляхи», 1916. — 91с.
- 4) Балеї С. Осудні почування і «наставлення» // Записки Наукового Товариства ім. Т. Шевченка. -Тт. 26 і 27. — Львів, 1918 — С. 1-58.
- 5) Балеї С. Замітки з приводу засновання Інституту для нормальної і патологічної психології при Науковім Товаристві ім. Т. Шевченка у Львові // Лікарський вісник. Річник 1. — Львів, 1920. — С. 29-31.
- 6) Балеї С. Нарис психології: Новітня бібліотека. ч.40. — Львів- Київ: Нові шляхи, 1922 (Друк. Ставропігійського інституту під управою Ю . Сидорика).
- 7) Балеї С. Нарис логіки. — Львів: Накладом куптарні НТШ, з друкарні НТШ. — 1923. — 52с.
- 8) Балеї С. Проблема кувейзму // Наука і письменство (Львів). — 1924. — Книга 1, листопад. — С.96.
- 9) Балеї С. Замітка про вплив гіпнози на сні // Український медичний вісник (Прага). — Ч. 3-4. — 1924, грудень. — С. 91-95.
- 10) Балеї С. Трійця в творчості Шевченка // Збірник математично-природописно-лікарської секції Наукового Товариства ім. Т. Шевченка. — Т. 23-24. — Львів, 1925. — С.105-133.
- 11) Балеї С. Горячка і свідомість // Лікарський вісник. — Ч.2. — Львів, 1926. — С.1-7.
- 12) Балеї Степан // Українська Радянська Енциклопедія.- Т.1. — Вид 2-е. — К.: Гол. ред. УРЕ, 1977. — С. 337.
- 13) Балеї Степан // Український Радянський Енциклопедичний словник (УРЕС). — У 4-х т. — Т.1. — Вид. 2-е. — К.: Гол.ред. УРЕ, 1986. — С.129.
- 14) Балеї Степан // Пундій П. Українські лікарі. Книга 1. Бібліографічний довідник. Естафета поколінь національного відродження. — Львів-Чикаго, 1994. — С.24-25.
- 15) Верников М.М. Львівсько-варшавська філософська школа і розвиток в ній матеріалістичних тенденцій: Дис. ... канд. філософ. наук. — Львів, 1967. — С.344-388.
- 16) Верников М.М. Філософські і психологічні погляди Степана Балея: До 110-річчя з дня народження вченого // Український освітній журнал (Львів). — 1995. — №1. — С.29-36.
- 17) Верников М. Слово про академіка Степана Балея // Філософські пошуки. — Вип.1У. — Львів-Одеса: Cogito-Центр Європи, 1997. — С.4-13.
- 18) Верников М. Проблеми особистості в наукових працях Степана Балея // Філософські пошуки. — Вип.1У. — Львів-Одеса: Cogito-Центр Європи, 1997. — С. 21-26.
- 19) Вінтюк Ю. Життя Степана Балея: Нові знахідки // Філософські пошуки. — Вип.1У. — Львів-Одеса: Сjgito-Центр Європи, 1997. — С.14-16.
- 20) Зайцев П. І. Життя Тараса Шевченка: Біографічний нарис. — Харків: Прапор, 1994. — 447с.
- 21) История психоанализа в Украине // Сост. И.И. Кутько, Л.И. Бондаренко, П.Т. Петрюк. — Х.: Основа. — 1996. — 360 с.
- 22) Науменко Ф. Західноукраїнська молодь в боротьбі за український університет у Львові // Львівський держуніверситет. Ювілейна наукова сесія: Тези доповідей. — Львів, 1961. — С. 27-28.
- 23) Петрушенко В., Вінтюк Ю. Передмова до новознайденної статті С.Балея «Проблема кувейзму // Філософські пошуки. - Вип.1У. — Львів-Одеса: Cogito-Центр Європи, 1997. — С.351-352.
- 24) Чайковський М. Згадка про проф. Степана Балея // Український календар.- Варшава: УСКТ, 1969. — С.270-271.
- 25) Шах С. Львів — місто моєї молодості. — Ч. III. — Мюнхен, 1956. — С. 162-165.
- 26) Baley S. Psychoanaliza jednej pomyłki Slowackiego. — Lwow, 1925. — 21s.
- 27) Baley S. O behavioryzmie: Odczyt na pos. Kola Psychol. i Towarzystwa Psychol. im Josefy Joteiko // Ruch filozoficzny. — 1926-1927. — Т.XI. — S. 183b.
- 28) Baley S. Psychologia sensu // Księga Pamiętkowa Drugiego polskiego Zjazdu filozoficznego: Warszawa, 1927. — Przegl.Ned filozoficzny. — 1928. — XXXI. — S.199-200.
- 29) Baley S. Psychologia wieku dojrzewania.- Lwyw- Warszawa: Ks. Atlas, 1931. — 264 s.; II wyd.: Lwyw-Warszawa, 1932. — 262 s.
- 30) Baley S. Zarys psychologii w zwięzku z rozwojem psychiki dziecka. — Lwyw: Ks. Atlas, 1935. — 424s.
- 31) Baley S. Osobowość twórcza Cieromskiego: Studium z zakresu psychologii twórczości. — Warszawa, 1936.
- 32) Baley S. Psychologia wychowawcza w zaręcia. — Lwyw: Ks. Atlas, 1938. — 295s.; Y1 wyd., Warszawa: PWN, 1965.
- 33) Baley S. Osobowość. — Lwyw: Licealna Biblioteka Filozoficzna. — 1939. — T.5. — 36 s.
- 34) Baley S. Drogi samopoznanie. Wyd. 2-e.- Krakow: Wyd. Wiedza: Zawyd. Kultura.-1947.-178s.
- 35) Baley S. Zagadnienie walki z przestępczością młodocianych na tle współczesnych doświadczeń w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. — Warszawa: Nasza Księgarnia, 1948. — 63s.
- 36) Baley S. Wprowadzenie do psychologii Współczesnej. — Warszawa: PWN, 1959.
- 37) Baley Stefan// Wielka Encyklopedia Powszechna. — Т.1. — Warszawa: PWN, 1962. — S.568.
- 38) Encyclopedia of Ukraine. — Vol.1. — Toronto Press, 1984. — P. 165.
- 39) Parnowska M.Profesor St.Baley: W 6 rocznicę śmierci / / Wychowania w przedszkolu (Warszawa), 1958. — №7/8. — S.330-334.
- 40) Wojtycki W. Pamiętki profesora St.Baleya // Psychologia wychowawcza (Warszawa), 1958. — №1. — S.4-8.
- 41) Ziemiowicz Mieczysław. Stefan Baley na tle współczesnej epoki. [B.m. po 1952]. Fondy Biblioteki Instytutu filozofii i sociologii Un-tu Warszawskiego (bez tytułowej сторінки, без позначення видання, в якому вона надрукована і без дати виходу в світ).

Поступила в редакцію 6.05.2001г.

ИНФОРМАЦИЯ**ВСЕМИРНЫЙ СИМПОЗИУМ «СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ РЕАПТЕЙКА СЕРОТОНИНА: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ» (2001 Г., ИЮНЬ, 14-16)**

14-16 июня 2001 года в г. Севилья (Испания) был проведен всемирный симпозиум: «Селективные ингибиторы реаптейка серотонина: настоящее и будущее». Симпозиум был организован известной фармацевтической компанией A.Lundbeck A/S. Участие в нем приняло более 1200 человек из различных стран мира. Украинская делегация была представлена: проф. В.А. Абрамов – зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Донецкого медицинского университета, В.А. Шумлянский – главный врач Житомирской областной психиатрической больницы, президент Ассоциации психиатров Украины, д.м.н. В.Д. Мишиев – зам. главного врача Киевской городской клинической психоневрологической больницы №1, К.Н. Логановский – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела неврологии Института клинической радиологии Научного центра радиационной медицины АМН Украины, С.Г. Шевченко – координатор представительства Х.Лундбек Аб в Украине.

Участие украинской делегации в симпозиуме стало возможным благодаря оперативным действиям руководителя представительства Х.Лундбек в Украине А.А. Головни.

Огромное впечатление на делегатов симпозиума произвела Севилья – главный город юга Испании (Андалусии), один из наиболее ярких и

красивых городов Европы. Расположенный на берегу реки Гвадалквивир город поражает своей историей, по праву считаясь испанским Вавилоном. Родом отсюда художники Диего Веласкес и Бартоломе Эстебан Мурильо, а также поэт Густаво Адольфо Беккер, Антонио Магадо и лауреат Нобелевской премии Висенто Александро. Здесь Мигель Сервантес де Сааведра был заключен в тюрьму за долги – в застенках он начал писать историю Дон Кихота. В севильских домах искал любовных приключений герой Тирсо де Молина – Дон Жуан. Здесь же проказничал Фигаро из бессмертной комедии Бомарше, опер Моцарта и Россини. На старой табачной фабрике страстная Кармен впервые встретилась с Доном Хосе. Многие в Севилье связано с именем Христофора Колумба.

Делегаты симпозиума имели возможность познакомиться с архитектурными памятниками, пользующимися мировой известностью: Севильский кафедральный собор, готическая башня Ла Хиральда, Золотая башня, квартал Санта-Круз; побывали на берегу Атлантического океана.

Не меньшее впечатление произвел великолепно организованный симпозиум, проводившийся в Congress Centre Seville. Ниже представлена краткая информация обо всех докладах, прозвучавших на симпозиуме.

Koen Demy Henaere (Бельгия)

зав. отделом взрослой психиатрии, работающего по программе «Тревожные расстройства и депрессии у амбулаторных и стационарных пациентов» и психиатр-консультант в отделе акушерства, гинекологии и эндокринологии в университетском госпитале Gasthuisberg, Leven, профессор медицинского факультета этого университета и академический секретарь Института Семьи и сексологических исследований.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

Все чаще в психиатрии проводятся исследования качества жизни (КЖ), в которых оценивается не только редукция симптоматики, ремиссии и случаи выздоровления, но и снижение, более или менее выраженное, трудоспособности. Такая оценка КЖ при психических расстройствах делает возможным их сопоставление с другими хроническими расстройствами (диабет, хронические поясничные боли и др.).

Существует 2 главных подхода к оценкам КЖ – функциональный и базирующийся на оценке

удовлетворения потребностей. Первый сосредоточен на оценке способности выполнять обычные жизненные роли, а второй – на оценке возможности удовлетворять свои нужды. Проблема оценки КЖ в большей или меньшей степени имеет номотетический (сравнение своего КЖ с КЖ других) или идиографический (сравнение своего КЖ с собственными надеждами и ожиданиями) характер. В конечном итоге это приводит к возникновению вопросов: кто оценивает улучшение? В чем оно заключается и хорошо

ли мы лечим наших пациентов?

Оценивать улучшение может врач, пациент, значимое лицо, организатор медицинской помощи, общество. Существуют расхождения между внешней оценкой с помощью различных шкал и шкальной самооценкой. В клинических исследованиях большое внимание уделяется шкалам внешней оценки, т.к. считается, что на результаты самооценочных шкал значительно влияют личностные факторы, например, нейротизм.

Проблема того, как определить улучшение не ограничивается только одномерной оценкой редукции симптоматики, но предполагает много-

мерный учет ограничений профпригодности, социального и семейного функционирования.

Оценка качества лечения складывается из решения вопросов об оптимальной продолжительности лечения, адекватности дозировок. Зависит ли при этом продолжительность лечения от того, какими препаратами оно проводится или от места оказания помощи (в учреждениях общего или психиатрического профиля)? Некачественное лечение повышает риск лишь частичного симптоматического улучшения и остаточного снижения уровня функционирования, которые, в свою очередь, являются мощными предикторами рецидивов.

Cornelius Katona

профессор кафедры психиатрии и поведенческих наук университетского колледжа в Лондоне, декан Королевского колледжа психиатров.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

Депрессии являются тяжким бременем в плане высокой стоимости лечения и утраты или снижения уровня функционирования. В США «стоимость депрессий» составляет 33 млрд. долларов в год (1999).

Во многом обременительность депрессий связана с высоким риском плохой курабельности, самопроизвольного рецидивирования и возобновления после рано прекращенного лечения. Повторение депрессий чаще отмечается у пожилых с тяжелыми депрессивными эпизодами. Мощными предикторами хронического течения являются длительная продолжительность депрессии до начала лечения и бедность. Риск повторений в большинстве исследований составил 75-95%. Рецидивирование четко определяется наличием резидуальных симптомов после видимого улучшения, но не изначальной тяжестью и наличием меланхолических черт.

Рациональный подход к долговременной терапии включает раннюю диагностику, адекватное и достаточно длительное лечение, долговременную поддерживающую терапию у пациентов с высоким риском рецидива. Показана значительная эффективность антидепрессантов, как

трициклических, так и селективных ингибиторов реаптейка серотонина (СИРС), в профилактике рецидивов. Исследования Питтсбургской группы показали также эффективность психотерапии в сочетании с лечением антидепрессантами. Эффективно применение солей лития для профилактики повторения фаз при униполярных и биполярных расстройствах. Обнаружено, что такой СИРС, как циталопрам, эффективен как для основного, так и для поддерживающего лечения.

В реальной жизни согласие на длительную поддерживающую терапию является главным элементом успешного долговременного лечения. Межличностная терапия более эффективна при высоком уровне комплаенса.

Все пациенты, положительно реагирующие на лечение антидепрессантами, должны быть ориентированы на продолжение их приема в течение 4-6 месяцев после возникновения ремиссии. Долговременное поддерживающее лечение необходимо пациентам, перенесшим два и более эпизодов депрессии или после единичного, если он сочетается с семейной отягощенной наследственностью, при коморбидности с тревожными расстройствами, злоупотреблением наркотиками или дистимией.

Carl-Gerhard Gottfries

почетный профессор в области гериатрической психиатрии Института клинических нейронаук на кафедре психиатрии и нейрохимии Гетеборгского университета в Швеции.

ВАЖНОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Случаи депрессии накапливаются в возрасте после 70 лет, встречаясь у 50% женщин это-

го возраста и у 25% мужчин; общая их распространенность – 5-8%. Депрессия является важ-

ным фактором риска совершения суицидов в пожилом возрасте.

У пожилых пациентов преобладают субклинические или относительно выраженные формы депрессий, «большая» депрессия диагностируется только у 1-2% пожилых пациентов.

Распространенность депрессий выше у пациентов с когнитивными дисфункциями. Так, у больных болезнью Альцгеймера субклинические депрессии встречаются в 50%. Среди общего числа всех расстройств и нарушений у дементных больных депрессии составляют 80%. Важно отметить, что такая симптоматика поддается лечению СИРС.

Депрессии в пожилом возрасте отличаются этиологической многофакторностью: к факторам риска относятся нормальное и психологическое старение, сосудистая недостаточность, нейроэндокринные нарушения, медикаментозное лечение и социально-психологическое влияние; генетические же факторы, по сравнению с молодыми пациентами, играют меньшую роль.

В процессе старения и при нейродегенеративных расстройствах нарушается деятельность норадренэргической и серотонинэргической систем, оказывающих влияние на уровень настроения. В возрасте 60-90 лет уровень серотонина в отдельных участках мозга снижается на 50%. Следует отметить, что синтез серотонина зависит от работы монокарбонового цикла. Помимо психофармакологического воздействия в пожилом возрасте большую, чем в более молодом,

роль играет социально-психологическая поддержка в связи с ограниченной помощью со стороны родственников.

Клинические исследования показали, что СИРС могут считаться препаратами первого выбора, т.к. они хорошо переносятся пожилыми и оказываются эффективными в 60% случаев.

СИРС эффективны как при депрессиях, сочетающихся с соматической патологией или слабоумием, так и при самостоятельно существующих. Другие аффективные расстройства, такие как раздражительность, тревога, страх, панические приступы, утомляемость, могут также поддаваться лечению СИРС. СИРС дают хороший результат при постинсультных депрессиях, урежают приступы патологического постинсультного плача.

У пожилых пациентов, как и у более молодых, имеется риск повторного возникновения (рецидива) депрессий. Первая фаза острого лечения, направленного на купирование видимых депрессивных симптомов, у пожилых пациентов более длительна и составляет 4-8 недель. Фаза закрепляющего лечения у пожилых также должна быть длительна; поддерживающее лечение циталопрамом, по сравнению с приемом плацебо, удлиняет период ремиссий; к тому же такое продолжительное лечение хорошо переносится.

Рекомендуется сочетание депрессантов с витамином В12, фолиевой кислотой, а при болезни Альцгеймера – с ингибиторами ацетилхолинэстеразы.

Bruce G Pollock

профессор психиатрии Питтсбургского университета (США).

ВСЕ ЛИ СИРС ОДИНАКОВЫ?

СИРС, имеющие общий механизм действия и сходный терапевтический спектр, различаются по строению, а, вследствие этого и по своей фармакокинетике и фармакодинамике. Среди СИРС циталопрам (Ц) в настоящее время является наиболее селективным ингибитором и имеет минимальное постсинаптическое действие. Этим он отличается, например, от флуоксетина, являющегося молекулярным дериватом фенилпропиамин; от пароксетина, имеющего потенциальные норадренэргическое и антимукаринное действие, от сертралина, имеющего потенциальное дофаминэргическое действие.

Исследования в США показали, что Ц, по сравнению с плацебо не дает большего числа

таких побочных эффектов, как тревога, бессонница, нервозность и тремор. В этом отношении Ц, имеет меньшие возможные сексуальные побочные эффекты по сравнению с другими СИРС, причем эти эффекты легче корректируются, т.к. Ц, отличается линейной фармакокинетикой и низкой потенциальной возможностью взаимодействия с другими веществами.

У 61 пациента, интолерантных к пароксетину (средняя доза 27,6 мг/сут), проведено лечение Ц, (средняя доза 23,8 мг/сут) в течение 6 недель. У 62% этой группы отмечался положительный эффект от лечения и только 3% прервали лечение из-за побочных эффектов. Шестинедельное исследование 55 пациентов, прервавших лечение флуоксетином, и в послед-

ствии принимавших Ц. (24,6 мг/сут), показало терапевтическую успешность в 2/3 случаев при отсутствии отказов от лечения из-за побочных эффектов. Прибавка в весе после лечения в течение 27-33 недель более, чем на 7% от среднего веса отмечалась у 25,5% пациентов, принимавших пароксетин; у принимавших флуоксетин и сертралин прибавка составила 6,8% и 4,2% соответственно. Двойное слепое исследование показало, что у 22% лечившихся пароксетиной и 4% циталопрамом отмечалась прибавка в весе более чем на 7%.

Ц. отличается высокой биоактивностью, и его всасывание не нарушается приемом пищи. В дозах от 10 до 60 мг он отличается линейной фармакокинетикой, о чем свидетельствует пропорциональное с увеличением дозы нарастание концентрации в плазме. Ц. на 80% связывается

с белками, имеет средний период полураспада и обладает минимальной среди СИРС способностью подавлять изоэнзим СYP 450. Указанные свойства снижают риск побочных симптомов и синдрома отмены.

Флуоксетин и большинство его метаболитов подавляют СYP 2Db, 2C9/19 и 3A4; флувоксамин может подавлять СYP 1A2, 3A4, 2C9/19; пароксетин – СYP 2Db. Учитывая высокую коморбидность депрессии позднего возраста и, в связи с этим, необходимость применения большого количества различных препаратов следует помнить, что опосредованные через воздействие на СYP 2Db межлекарственные взаимодействия нарушают эффекты антагонистов кальция, ингибиторов НМГ–СоА-редуктозы, бензодиазепинов, ингибиторов протеаз и антиоксидантов.

Jan Hindmarch

профессор фармакологии, исследовательского центра университета Суррея, Гилдфорд, Великобритания.

ПРЕРЫВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Под прерыванием лечения антидепрессантами понимается резкое прекращение их приема на 3-7 дней. Это явление определяется низким уровнем комплаенса, что само по себе явление нередкое: 90% пациентов нарушают график приема минимум на 3 дня и только 42,5% принимают правильную дозу в течение 80% времени лечения.

Прерывание, кроме возврата проявлений самой депрессии, приводит к возникновению других, самых различных, соматических и психических симптомов – от гриппоподобных расстройств до появления тревоги и двигательных расстройств. Они могут объясняться особенностями полураспада, холинэргическими эффектами, угнетением некоторых видов метаболизма. Как правило, они выражены незначительно и проходящи, хотя когнитивные и двигательные нарушения иногда могут быть достаточно серьезными и даже угрожать жизни.

Описанные нарушения возникают при прерывании лечения антидепрессантами любых групп – ТЦА, ингибиторами МАО, СИРС. Существуют различия как внутри группы, так и между группами антидепрессантов во времени возник-

новения, и выраженности и характере симптоматики этих нарушений.

Были изучены различия симптоматики, связанной с прерыванием лечения антидепрессантами из группы СИРС. Исследовались депрессивные больные (показатель по шкале MADPS J 4), которые получали или флуоксетин (20 мг), или сертралин (50 мг) или пароксетин (20 мг) или циталопрам (20 мг). Исследование проводилось до и после прерывания по двойному слепому методу (во время прерывания в течение 4-7 дней больные получали плацебо).

Изучались когнитивные функции, психомоторика, общая эффективность действий и специфические симптомы, связанные с прерыванием. Выяснилось, что при прерывании лечения флуоксетином, сертралином и циталопрамом выраженных нарушений указанных характеристик не развивалось. В то же время при прерывании терапии пароксетином изменения по всем этим параметрам имели место, хотя носили обратимый характер – показатели улучшились до того уровня, который был до прерывания, после возобновления лечения.

Norman Sartorius

президент ВПА, Женева.

ПРОБЛЕМА НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

При депрессиях пациенты, их окружение и медики сталкиваются с невозможностью удов-

летворения своих потребностей.

Для пациента основными потребностями яв-

ляются потребности в уважении, понимании других; важно найти источник ресурсов для выздоровления; существует потребность избавиться от беспокоящих симптомов, избежать стигматизации и быть уверенным в том, что болезнь не возобновится после проведенного лечения.

Семьи больных нуждаются в восстановлении социального функционирования пациента в семье и вне ее, в сохранении репутации семьи, избегании финансовых проблем из-за лечения, в сохранении своего свободного времени, наличии возможности быть способными решать проблемы пациента.

Потребности медиков и медицинских учреждений касаются юридической защищенности, снижения риска суицидов, получения быстрого эф-

фекта от лечения, минимизации побочных эффектов терапии, снижения затрат учреждений на лечение.

Общество нуждается в том, чтобы избежать социальных нарушений, снизить стоимость ухода и лечения, удовлетворить потребности потребителей социальной помощи, удовлетворить политические требования.

Снижение степени неудовлетворенности этих разнообразных требований и нужд видится в повышении эффективности как индивидуальности, так и сообществ, обеспечивающих лечение и уход за больными, в снижении стигматизации пациентов, в более качественном обучении и просвещении населения, пациентов, медиков, властей, в дальнейшем совершенствовании методов лечения.

Brian Leonard

почетный профессор кафедры фармакологии Ирландского Национального университета.

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВА 40-ЛЕТНЕГО ИЗУЧЕНИЯ СЕРОТОНИНА

Серотонин – древнейший и, возможно, самый основной нейротрансмиттер. Взаимодействуя с одним или сразу несколькими из своих 15 рецепторов, он модернизирует функционирование нервной, эндокринной и иммунной систем. Серотонин играет ведущую роль в нейроонтогенезе и развитии млекопитающих. В иерархии нейрхимических агентов серотонин в будущем будет занимать ведущее место.

Знания о синтезе, высвобождении, метаболизме и типах серотонинэргических рецепторов и возникающих физиологических эффектах за последние 20 лет привели к созданию клинически эффективных средств для лечения многих психических и неврологических расстройств. В настоящее время можно выделить следующие группы психотропных средств, модифицирующих серотонинэргические функции: 1) высвобождающие серотонин агенты – фенфлурамин, МДМА; 2) ингибиторы метаболизма серотонина – обратимые – моклобемид и необратимые – фенелзин, паргилин; 3) агонисты серотонинэргических рецепторов – буспирон и ипсапирон; 4) антагонисты серотонинэргических рецепторов – ритансерум, миртазепин, сертиндол, нефазодон, рис-

перидон, онфастерон, гранистерон, рензаприд, цизарид; 5) ингибиторы реаптейка серотонина – флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам.

Последняя группа препаратов имеет следующую историю. Когда в конце 1950-х стало известно, что имипрамин блокирует реаптейк и серотонина и норадреналина, этот факт стимулировал синтез многочисленных СИРС. Первым, появившемся в Европе препаратом этой группы был цимелидин; вскоре за ним последовал флувоксамин. Потом появились флуоксетин, пароксетин, сертралин и, наконец, циталопрам. Хотя СИРС отличаются друг от друга способностью подавлять реаптейк, фармакокинетическими характеристиками, способностью вступать в межлекарственные взаимодействия, все они являются эффективными антидепрессантами и противотревожными средствами. Показаниями для их назначения в настоящее время считаются: депрессии, панические расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, ПТСР, булимия, тики, социальные фобии, синдром предменструального напряжения, преждевременная эякуляция.

John Goldwell

профессор, руководитель отдела биохимических наук в Империял Колледж медицинской школы, Лондон.

МИР СТЕРЕОИЗОМЕРОВ

Многие из фармакологических агентов являются смесями стереоизомеров; человеческий организм на молекулярном уровне является тоже

стереоизомерной структурой, включающей множество стереоизомерных лекарственных мишеней (рецепторов, энзимов, ионных каналов).

Хотя энантиомеры (стереоизомеры одного и того же вещества, образующие пары, отличающиеся только пространственной конфигурацией молекул) лекарственного вещества имеют идентичные физико-химические возможности, их различное взаимодействие со стереоизомерными мишенями в организме могут обусловить очень различные фармакологические и фармакокинетические свойства, что, в свою очередь, будет иметь значение для возникновения различных клинических эффектов.

Многие антидепрессанты, включая трициклические антидепрессанты (ТЦА), СИРС, препараты «двойного действия» являются смесями стереоизомеров (миансерин, циталопрам, пароксетин, флуоксетин, сертралин, митразепин, венлафаксетин, ребоксетин). Одни из них были внедрены в клиническую практику как рацемические смеси (миансерин, митразепин, циталопрам, флуоксетин), а другие – как чистые энантиомеры (пароксетин, сертралин). До недав-

него времени ни одно из внедренных как рацемическая смесь средство не подвергалось повторному внедрению в виде активного энантиомера.

Иногда энантиомеры одного средства совпадают по своим свойствам (например, у миансерина), и это делает более выгодным применять рацемат. У других средств (у циталопрама) имеется большая (но качественно идентичная) эффективность одного из энантиомеров, что делает повторное его внедрение в виде более активного стереоизомера целесообразным.

Эсциталопрам (ЭЦ) – активный энантиомер циталопрама – обнаруживает большую степень селективности как СИРС, с еще меньшим сродством к другим рецепторам. Большую эффективность ЭЦ по сравнению с Ц в клинической практике можно предположить на основании того, что он оказался более эффективным в исследовании на лабораторных моделях депрессий у животных.

Claus Braestrup

*исполнительный вице-президент корпорации исследований и развития фирмы
H.Lundbeck A/S, Дания.*

ЭСЦИТАЛОПРАМ – НОВЫЙ ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ СИРС: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Циталопрам представляет собой рацемическую смесь S-энантиомера эсциталопрама (Э) и R-энантиомера R-циталопрама. Было проведено фармакологическое исследование *in vivo* и *in vitro* профиля Э и R-циталопрама и циталопрамом-рецематом. Установлено, что фармакологическая активность Э заключается в способности исключительно подавлять реаптейк в 5-HT структурах.

Как острое, так и хроническое лечение Э при-

вело к мощным антидепрессантоподобным эффектам при исследовании на лабораторных моделях депрессии у животных. Особенно яркое антидепрессивноподобное действие Э отмечено на CMS (chronic mild stress)-модели депрессии у крыс; эффект Э был более скорым и выраженным, по сравнению с ТЦА и, возможно, и Ц. Э также вызывает мощный анксиолитикоподобный эффект на моделях генерализованной и клинической тревоги у животных.

Lorrin Koran

*профессор психиатрии Стэнфордского Университетского медицинского центра,
Калифорния, США.*

ЭСЦИТАЛОПРАМ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Целью двойного слепого, рандомизированного, многоцентрового, плацебо-контролируемого исследования было установление безопасности и эффективности Э при лечении “больших” депрессивных расстройств. Из 506 амбулаторных пациентов в возрасте от 18 до 56 лет с текущим депрессивным эпизодом 127 получали плацебо, 124 – Э. в дозе 100 мг/сут, 128 – Э в дозе 20 мг/сут и 127 – циталопрам по 40 мг/сут. Исследование проводилось через 8 недель лечения с

помощью Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) и шкалы CGI для внешней оценки выраженности осложнений. Показатель по MADRS в исследуемом контингенте был в пределе от 22 до 40 пунктов.

В дозе 10 мг/сут и 20 мг/сут Э. приводит к значительному уменьшению выраженности депрессивных симптомов по сравнению с плацебо. Э. хорошо переносится больными большой депрессией при минимальном количестве побочных

эффектов в связи с передозировкой или прерыванием лечения. При лечении Э. в дозе 10 мг/сут.

число осложнений не превышает их числа при применении плацебо.

Alan Wade

общественный исследовательский центр фармакологических служб, Великобритания.

Э. – ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В СЛУЖБЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Во многих странах большое количество пациентов получает лечение антидепрессантами по назначению врачей общей практики в сети первичной медицинской помощи. В связи с этим в Европейских странах и Канаде было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности переносимости Э. Состояние пациентов соответствовало критериям “большой” депрессии DSM-IV, а показатель по MADRS был в пределах от

22 до 40 пунктов. Оценка состояния проводилась в течение 8 недель.

Установлено, что Э. обладает не только хорошей эффективностью в отношении лечения депрессии, но и воздействует на широкий круг симптомов депрессивного плана, включая суицидальные мысли. Антидепрессивный эффект Э. отмечается уже на первой неделе. Побочные эффекты терапии были минимальными.

Dan J Stein

профессор кафедры психиатрии университета Stellenbosch, Кейптаун, Южная Африка.

БУДУЩЕЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ

В оценке перспектив разрешения проблемы депрессий можно выделить оптимистический и пессимистический подходы.

Оптимистическая точка зрения предполагает, что изучение генома и протеома человека даст точные знания о патофизиологии депрессий. Это, вместе с современными методами картирования мозга, позволит осуществлять быструю и точную дифференциальную диагностику. Открытие новых антидепрессантов приведет к абсолютной эффективности профилактики и лечения депрессий.

Пессимисты подчеркивают, что и в будущем диагноз депрессии будет в большей степени стигматизирующим, чем диагнозы физических заболеваний. Предполагается, что социально-психические стрессоры 21-го века еще больше увеличат распространенность депрессий. Если сейчас антидепрессанты помогают не всем и не так уж быстро, то это вряд ли изменится к лучшему в обозримом будущем.

Настораживающие выводы, касающиеся реальных возможностей практического применения патофизиологических знаний, сводятся к тому, что к настоящему времени каких-либо значимых биологических маркеров депрессивного генотипа не выявлено; теперь ясно, что эффективное антидепрессивное лечение связано не только с регуляцией серотонинэргических и адренэргических рецепторов.

Оптимальная позиция так называемого «депрессивного реализма» предполагает, наряду с выработкой взвешенной и трезвой оценки перспектив и достижений, разработку таких направлений, как изучение новых веществ, влияющих на нейротрансмиттеры и рецепторы, окончательную расшифровку генов, разработку путей улучшения имеющихся методов фармако- и психотерапии, включая разработку алгоритмов лечения в различных контингентах и типах учреждений, совершенствование правового обеспечения терапевтического процесса.

В.А.Абрамов, А.К.Бурцев (г.Донецк)

Поступила в редакцию 8.08.2001

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

БАБЮК ИГОРЬ АЛЕКСЕЕВИЧ

(К 40-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Исполнилось 40 лет со дня рождения и 17 лет практической деятельности известного врача, ученого, педагога, организатора здравоохранения, заведующего кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии с курсом сексологии ФПО Донецкого государственного медицинского университета, ведущего консультанта отдела восстановления репродуктивной функции человека ИНВХ АМН Украины, директора областного центра сексологических исследований и полового просвещения, главного детского и подросткового сексопатолога Донецкой области, доктора медицинских наук, доктора философии, профессора Бабюка Игоря Алексеевича.

Бабюк И.А. родился 7 июня 1961г. в городе Мариуполе Донецкой области. После окончания Донецкого мединститута с 1984 года работал в городском кожно-венерологическом диспансере №1 в качестве врача дерматовенеролога, заведующего отделением, главного городского шахтного дерматолога. В 1989г. по конкурсу поступил в заочную аспирантуру Украинского научно-исследовательского института дерматологии и венерологии, где в 1992г. защитил кандидатскую диссертацию по проблемам диагностики и комплексного лечения хронического простатита у мужчин. В 1993г. впервые в Донецкой области на базе областного лечебно-клинического объединения организовал учебно-методический центр планирования семьи и репродукции человека, который в 1999г. был реорганизован в областной центр сексологических исследований и полового просвещения. В 1996г. успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Психосоматические соотношения в нарушении сексуального здоровья при воспалительной и сосудистой сексуальной патологии у мужчин и его коррекция (психогенные, социогенные, соматогенные и социально-психологические аспекты)». В 1997 г. впервые в Донецком государственном медицинском университете разрабатывает и внедряет преподавание по дисциплине «Медицинская сексология и сексопатология» при кафедре психиатрии и психотерапии ФПО. В 1998 г. приказом начальника Донецкого областного управления здравоохранения назначен главным областным детским и подростковым сексопатологом. В 1999 г. во вновь созданном институте неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины организовал отдел восстановления репродуктивной функции человека, которым руководил по 2000 г. С 2000 года возглавляет кафедру психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии с курсом сексологии ФПО Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького.

Большое влияние на становление И. А. Бабюка, как ученого и практического врача имели академик В. Н. Казаков, профессор В. В. Кришталь, профессор И. И. Мавров, профессор В. К. Гусак, профессор И. И. Горпинченко, профессор М. Н. Бухарович, И. И. Кутько, профессор С. И. Та-

бачников. Исследования, проводимые под руководством И. А. Бабюка, захватывают широкий круг проблем: психическое и сексуально-репродуктивное здоровье мужчин и женщин, психиатрию сексуальных расстройств, лечение и профилактику урогенитальных заболеваний, психосоматических расстройств, вопросы сексуальной гармонии в семье и полового воспитания подростков. Им разработаны и внедрены в медицинскую практику более 30 новых методов по диагностике и лечению расстройств репродуктивной и сексуальной функции человека.

Важное место в деятельности профессора И. А. Бабюка занимают вопросы медицинской деонтологии, воспитания врачей-интернов, работы с молодежными организациями, областными и городскими службами по внедрению программы полового воспитания, обучения и просвещения. Он является не только высококвалифицированным специалистом, организатором здравоохранения и общественным деятелем, но также опытным научным работником, автором библиотеки «Сексуальное здоров`я молоді», двух руководств по медико-социальной работе с подростками, 8 учебно-методических пособий, 3 монографий (в том числе «Проблемы сексуального здоров`я молоді сім`і: соціальні, психологічні та медичні аспекти» и «Психосоматична концепція порушень сексуального здоров`я сімї»), 150 научных публикаций в отечественных и зарубежных изданиях. Им изданы методические рекомендации «Диагностика и коррекция расстройств сексуального здоровья у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС», «Статеве виховання дітей і підлітків інвалідів», «Математические методы в дифференциальной диагностике ложных и истинных опухолей матки», «Профілактика, трансмісивно-сексуальних хвороб серед молоді» и др.

Профессор И.А.Бабюк входит в редакционные советы журналов «Архів психіатрії», «Дерматологія, косметологія і сексопатологія», «Вестник неотложной и восстановительной медицины», является почетным членом ряда медицинских обществ Украины, членом Нью-Йоркской академии наук. Неоднократно участвовал в работе научных съездов, международных конгрессов и семинаров. Под его руководством выполняется ряд научных диссертаций.

За общественную и научную деятельность он неоднократно награждался почетными грамотами от Донецкого государственного медицинского университета и Донецкой областной государственной администрации, Министерства Украины в делах семьи и молодежи и Украинской православной церкви. В 2000 году деятельность профессора И.А.Бабюка была отмечена грамотой Президента Украины.

Сердечно поздравляя Игоря Алексеевича с 40-летием в расцвете его таланта ученого, педагога, организатора здравоохранения и практического врача, искренне желаем ему крепкого здоровья, долголетия и новых творческих побед.

Правление Украинской ассоциации андрологов и сексопатологов, Правление ассоциации психотерапевтов и психоаналитиков Украины, сотрудники ДонГМУ им. М. Горького, ИНВХ АМН Украины.

Поступила в редакцию 21.02.2001г.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Абрамов В.А.** Психические расстройства у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (клинические, психологические и психосоциальные аспекты). Сообщение 1 **3**
- Абрамов V.A.** Mental disorders in liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES (clinical, psychological and social aspects)
- Евтушенко С.К., Омеляненко А.А.** Апаллический синдром у детей — клиника, диагностика, современная терапия и прогнозирование ближайшего исхода **18**
- Yevtushenko S., Omelyanenko A.** Non-traumatic apallic syndrome in children — clinics, diagnosis, modern therapy, short-term outcomes and its prediction
- Пыркв С.Г.** Об особенностях использования МКБ-10 в диагностике шизофрении **25**
- Pyrkov S.G.** On the specific features of using of ICD-10 diagnostic classification of schizophrenia
- Дергачев А.М.** Клинические особенности нарушения нейрорегуляторной (иннервационной) и психической составляющих биологического компонента сексуального здоровья у женщин при аутоиммунном тиреоидите **31**
- Dergachov A.M.** Clinical features of disturbed neuroregulatory (innervational) and psychic components of the biologic component of sexual health in women under autoimmune thyroiditis
- Илейко В.Р.** Методика оценки медицинской документации при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе **35**
- Iejko V.R.** Method for estimation of medical documents with posthumous forensic psychiatry expertize in civil trial
- Ивнев Б.Б., Снегирь А.Г., Снегирь М.А.** Сравнительный анализ спектрограмм слуховых когнитивных потенциалов мозга при физиологическом старении и болезни Альцгеймера **41**
- Ivnev B. B., Snegir A.G., Snegir M.O.** Comparative spectral analysis of cognitive auditory evoked potentials in alzheimer's disease and physiological aging
- Линский И.В., Первомайский Э.Б., Савкина Т.В.** Методика оценки эффективности антинаркотических профилактических программ на примере учащихся 7-11 классов средней школы **47**
- Linsky I.V., Pervomajsky E.B., Savkina T.V.** Technique of an estimation of efficiency of the antidrug preventive programs on example of pupils 7-11 classes the secondary school
- Синайко В.М.** Особенности оценки умственной работоспособности студентов **52**
- Sinaiko V.M.** Features of the estimation of intellectual efficiency of the students
- Зайцев О.О.** Психологічно-соціальне дослідження підлітків, які вчинили сексуальні злочини **56**
- Zaitsev A.A.** Social - psychological research of the teenagers who have made sex crimes
- Двирский А.А.** Онтогенетические и клинические особенности шизофрении, коморбидной с люцидным алкоголизмом и алкогольным делирием **61**
- Dvirsky A.A.** Ontogenetical and clinical peculiarities of schizophrenia comorbid with lucid alcoholism and alcohol delirium
- Петрюк П.Т., Канищев А.В., Коваленко В.В., Шевельов В.М.** Наркотична залежність від препарату, виготовленого кустарним шляхом із капсул «ефект» та «колдакт» (клінічні особливості в судово-психіатричній практиці) **65**
- Petryuk P.T., Kanishchev A.V., Kovalenko V.V., Shevelyov V.M.** Chemical dependence due to abuse of the homemade substance, obtained from medicines «effect» and «coldact» (clinical peculiarities in practice of forensic psychiatry)
- Логановский К.Н.** Нейрофизиологические основы формирования экзогенно-органических церебральных нарушений после воздействия ионизирующих излучений **70**
- Loganovsky K.N.** Neurophysiological basis of the development of exogenous organic cerebral disorders following exposure to ionising radiation
- Ряполова Т.Л.** Уровень эмоционального выгорания и уровень невротизации как показатели качества жизни родственников, ухаживающих за больными с деменцией **76**
- Ryapolova T.L.** The level of emotional burning out and the level of neurotisation how the indicators of the quality of the life in caregivers for patients with dementia

- Абрамов А.В., Олефиренко В.Л.** Уровень эмоционального выгорания у сотрудников органов внутренних дел **82** **Abramov A.V., Olefirenko V.L.** Level of emotional burn-out for the employees of law-enforcement bodies
- Омельянович В.Ю.** Клинические особенности постстрессовых психических расстройств у сотрудников органов внутренних дел, побывавших в экстремальной ситуации **86** **Omelianovich V.U.** Clinical peculiarity of the poststress psychical disorders by employees of the ministry of internal affairs t the extreme situation

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

- Сердюк А.И., Михайлов Б.В., Мирошниченко Н.В.** Некоторые клинико-психопатологические и вегето-висцеральные особенности современных клинических проявлений неврастении и неврастеноподобных синдромов при соматических заболеваниях **93** **Serdyuk A.L., Mikhaylov B.V., Miroschnichenko N.V.** Some clinical and vegetative-visceral peculiarities of contemporary neurasthenia's clinical forms and somatogenic neurasthenia-like syndroms
- Никифоров Ю.В., Пырков С.Г., Малтапар О.К., Лунин А.Н.** Об эффективности принудительного лечения в психиатрическом отделении с усиленным наблюдением (предварительное сообщение) **96** **Nichiforov U.V., Pyrkov S.G., Lunin O.K., Maltapar A.N.** About the effectiveness of forced treatment in the psychiatric department with intensified observation (preliminary report)
- Сонник Е.Г.** Соматическое и психическое состояние детей в семьях, в которых отец болен шизофренией **99** **Sonnik E.G.** Somatic and psychic condition of children in families where a husband is suffering from schizophrenia
- Urszula Dudziak, Wiktor Kopacz.** Погляди на прекреацію вагітних та жінок-породіль **102** **Urszula Dudziak, Wiktor Kopach.** Pregnants and women in childbirth's views on pracreation

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

- Корнетова Е.Г., Корнетов Ал.Н.** Простая шизофрения в фокусе конституционального учения **105** **Kornetov E.L., Kornetov AL.N.** Simple schizophrenia in focus of constitutional doctrine
- Козерацкая Е.А.** Проблема вменяемости-невменяемости при шизофрении **110** **Kozeratskaja E.** The problem of responsibility-irresponsibility in schizophrenic patients

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ

HISTORY OF PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY

- Петрюк П.Т., Бондаренко Л.И.** Академік Степан Володимирович Бaley — видатний український і польський психолог, лікар, психоаналітик та філософ **118** **Petryuk P.T., Bondarenko L.I.** The Member of Academy S.V.Baley is the prominent Ukrainian and Polish psychologist, physician, psychoanalytic and philosopher

ИНФОРМАЦИЯ

INFORMATION

- Всемирный симпозиум «Селективные ингибиторы реаптейка серотонина: настоящее и будущее» (2001 г., июнь, 14-16) **126** World-wide workshop «Selective inhibitors reapteyk of a serotonin: the present and future» (2001, June, 14-16)

ЮБИЛЕИ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

JUBILEES AND MEMORABLE DATES

- Бабюк Игорь Алексеевич **133** Babiuk Igor Alekseevich

СОДЕРЖАНИЕ

134

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. Методи-

ка 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: 340037, 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

ЧТО ОТЛИЧАЕТ **ЛУНДБЕК (Дания)** ОТ ДРУГИХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ МИРА?

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ

Специализация помогает нам быть более эффективными в разработке психотропных препаратов.

Специализация позволяет нам более тесно работать с нашими партнерами и максимально удовлетворять их нужды.

Психиатрия- это то, что Лундбек Знает, Может и Любит.

Препараты компании Х.Лундбек А/С, Дания, представленные на рынке Украины

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Группа SSRI

1	ЦИПРАМИЛ циталопрам	ТАБЛ	10МГ	№14
2	ЦИПРАМИЛ циталопрам	ТАБЛ	20МГ	№14
3	ЦИПРАМИЛ циталопрам	ТАБЛ	20МГ	№28
4	ЦИПРАМИЛ циталопрам	ТАБЛ	40МГ	№28

Группа Трициклических антидепрессантов

5	САРОТЕН амитриптилин	ТАБЛ	10МГ	№100
6	САРОТЕН амитриптилин	ТАБЛ	25МГ	№100
7	САРОТЕН РЕТАРД амитриптилин	КАПС	25МГ	№100
8	САРОТЕН РЕТАРД амитриптилин	КАПС	50МГ	№100

Нейролептик, в малых дозах оказывающий антидепрессивное действие

9	ФЛЮАНКСОЛ флюпентиксол	ТАБЛ	0,5МГ	№100
10	ФЛЮАНКСОЛ флюпентиксол	ТАБЛ	1МГ	№100

АНТИПСИХОТИКИ

Нейролептик с седативным действием

11	КЛОПИКСОЛ зуклопентиксол	ТАБЛ	2МГ	№100
12	КЛОПИКСОЛ зуклопентиксол	ТАБЛ	10МГ	№100
13	КЛОПИКСОЛ зуклопентиксол	ТАБЛ	25МГ	№100

Для длительной терапии

14	КЛОПИКСОЛ ДЕПО зуклопентиксол деканоат	АМП	200МГ/МЛ	1МЛ №10
15	КЛОПИКСОЛ ДЕПО зуклопентиксол деканоат	АМП	500МГ/МЛ	1МЛ №5

Для купирования острых психозов

16	КЛОПИКСОЛ АКУФАЗ зуклопентиксол ацетат	АМП	50МГ/МЛ	1МЛ №10
----	--	-----	---------	---------

Нейролептик без седативного действия

17	ФЛЮАНКСОЛ флюпентиксол	ТАБЛ	5МГ	№100
----	----------------------------------	------	-----	------

Для длительной терапии

18	ФЛЮАНКСОЛ ДЕПО флюпентиксол деканоат	АМП	20МГ/МЛ	1МЛ №10
19	ФЛЮАНКСОЛ ДЕПО флюпентиксол деканоат	АМП	100МГ/МЛ	1МЛ №10

Базовый нейролептик

20	ТРУКСАЛ хлорпротиксен	ТАБЛ	25МГ	№100
21	ТРУКСАЛ хлорпротиксен	ТАБЛ	50МГ	№50

За дополнительной информацией по препаратам Лундбек просим обращаться в

Представительство Х.Лундбек Аб

Киев 01001

Ул.Крещатик 19А

Тел (044) 490 29 10

Факс (044) 490 29 11

e-mail:Lundbeck@svitonline.com

