

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

**70-летию Донецкого государственного  
медицинского университета посвящается**

**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 (7), 2000 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:**

Н. Агазаде (Баку), В.С. Битенский (Одесса), Р. Евсегнеев (Минск), М.М. Кабанов (Санкт-Петербург), Н. Керими (Ашхабад), Н.А. Корнетов (Томск), С. Kourernik (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](mailto:psychea@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*

## СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: стигматизация, психиатрическая помощь, реабилитация, социальная защита.

Стигматизация психиатрии проявляется в негативно-предубежденном отношении к ней общества и дистанцировании от решения ее проблем. Стигма психического расстройства определяется как признак недоверия или пренебрежения, сопровождающийся мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях и отдаляющий пациента от остальных [5].

В советский период отношение государства к потребителям психиатрической помощи базировалось на представлении об их непреходящей социальной опасности и необходимости защиты общества от этой опасности. Поэтому социальная политика в вопросах организации психиатрической помощи приобрела отчетливый стигматизирующий характер и реализовалась в следующих направлениях:

1. В приоритетном развитии институционализированной психиатрической помощи как удобной формы ограничительно-изоляционных санкций и дистанцирования государства от конструктивного решения психиатрических проблем и проблем конкретного человека.

2. В организации внебольничной психиатрической помощи, с ее преимущественно диспансеризационным направлением (в конечном счете приведшем к злоупотреблениям психиатрией и навешиванию ярлыка «карательная психиатрия»), оказавшейся не в состоянии удовлетворить потребности населения в альтернативных видах психотерапевтической и психосоциальной помощи, по существу лишив значительные контингенты пациентов с пограничными психическими расстройствами права выбора и сузив реальные возможности получения психиатрической помощи до уровня психиатрического стационара.

3. В содержании стационарной психиатрической помощи, использовавшей преимущественно биологические подходы к лечению (в т.ч. шоковые), длительную изоляцию, надзорные функции, патернализм во взаимоотношениях с пациентами, что при отсутствии адекватной социальной

стимуляции создавало условия для их социального выключения.

4. В необоснованной монополизации психиатрами права на социальную интеграцию пациентов, без привлечения компетентных в этой работе специалистов (психологов, социальных работников и др.).

5. В исторически сложившейся тотальной обособленности психиатрии, ее кастовости, ограничивающей возможности социального контроля за качеством жизни и реализацией прав пациента.

В настоящее время основной предпосылкой стигматизации («нормативом» социальной политики государства) в области психиатрии является социальная допустимость иронического и пренебрежительного отношения к психиатрическим проблемам и потребителям психиатрической помощи, поощряемая всеми ветвями власти. Стигматизация затрагивает все сферы психиатрической помощи (медицинское обслуживание, социальную реабилитацию, социальную защиту) и осуществляется через социальное отвержение, дискриминацию и социальную изоляцию, приводя к нарушениям у пациента ощущения «самости». Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [12].

В цивилизованном обществе постановка психиатрического диагноза воспринимается чаще всего с позиций гуманной интерпретации социальных (поведенческих) отклонений. В условиях стигматизации психиатрическая диагностика нередко олицетворяет собой акт дегуманизации и исключения пациента из состава полноценного общества. Конкретные «выталкивающие» процессы происходят в сознании семьи, родственников, друзей, сослуживцев пациента, которые под разными предлогами (прямо или косвенно) демонстрируют стремление избавиться от таких лиц и достичь состояния собственного комфорта.

Апофеозом негативного отношения к психиатрическим пациентам является констатация т.н. «вредных условий труда» медперсонала психиатрических учреждений. Осознание и идентификация этой «вредности» с позиций терапевтического взаимодействия едва ли могут способствовать формированию партнерских отношений между медперсоналом и пациентом, а, скорее, дистанцируют их. В конечном счете это приводит к маргинализации психически больного, его необратимому социальному выключению, в т.ч. из сферы социальной политики государства.

Стигматизация пациентов проявляется и в их неинформированности ни о своих правах и гарантиях, ни о способах их защиты; не знают наши пациенты, большинство из которых является инвалидами, что дискриминация инвалидов запрещена и преследуется законом. Судя по отсутствию соответствующих обращений, они не знают о том, что главным защитником прав и свобод человека является суд. В 55 статье Конституции Украины государство гарантирует каждому право на обжалование в суде решений, действий или бездействия органов власти, местного самоуправления, должностных лиц. Не информированы наши пациенты и о возможности обращений к Уполномоченному Верховной Рады Украины по правам человека.

Программа ВПА, направленная на дестигматизацию, преследует следующие цели:

- увеличить осведомленность населения о природе шизофрении и право выбора лечения;
- улучшить отношение населения к больным, страдающим шизофренией и их семьям;
- организовать мероприятия, направленные на устранение дискриминации и предубеждения.

Однако для украинской психиатрии эти меры едва ли станут результативными, пока не произойдет кардинальных изменений в организации психиатрической помощи. Ни общеобразовательные программы, широко используемые за рубежом [7], ни правдивая информация о психических расстройствах и их последствиях [3], ни конструктивная программа ВПА, направленная на дестигматизацию, не изменят отношения общества (в т.ч. психиатров) к потребителям психиатрической помощи, пока она не станет приоритетным направлением социальной политики государства, направленным на

удовлетворение потребностей пациента, и пока не будут приняты и выполняться законодательные, образовательные и социальные меры, направленные на социальную реинтеграцию пациентов. Дестигматизация по-существу возможна при существенных изменениях содержания психиатрической помощи в рамках системы адекватного профессионального (междисциплинарного) реагирования на социальную дисфункцию пациентов и при создании равных возможностей для их участия в социальной жизни и развитии.

Всемирная программа действий в отношении инвалидов под созданием равных возможностей понимает «процесс с помощью которого такие общие системы общества как физическая и культурная среда, жилищные условия, социальные службы и службы здравоохранения, образование и работа, социальная жизнь в целом, делаются доступными для всех». Принцип равенства прав предполагает, что потребности потребителей психиатрической помощи имеют такое же важное значение, что и потребности здоровой части населения, что эти потребности должны учитываться в планах социально-экономического развития государства, и что все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый пациент имел равные возможности для участия в жизни общества.

Любой пациент, в т.ч. хронически инвалидизированный, имеет право оставаться жить в своей семье и получать необходимую поддержку в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг. При этом ограничение возможностей не является основанием для отказа от создания условий для их реализации. Равные права предполагают также создание условий для максимально возможного выполнения пациентами своих обязанностей как членов общества.

Таким образом, дестигматизация психиатрии возможна только при адекватной социальной политике на различных уровнях психиатрической помощи:

1. Медицинское обслуживание, включающее диагностику и лечение.
2. Социальная реабилитация - как социально организованное реагирование на болезнь и ее последствия.
3. Социальная защита (поддержка) - универсальная и, как правило, адресная система услуг.

## Медицинское обслуживание (психиатрическая помощь)

В Украине нет органа, координирующего вопросы охраны психического здоровья и психиатрической помощи. Линейная политика государства в этой сфере (психиатрия как одна из медицинских специальностей), как известно, находит выражение в организации управления психиатрической помощью Минздравом Украины и его региональными управлениями. Содержание и направленность ее не меняются в течение нескольких десятилетий. На прежнем (остаточном) уровне остается финансирование психиатрической помощи, практически не происходит ее структурная реорганизация, не претерпела необходимых изменений система многоуровневой подготовки специалистов. Даже в крайне важных вопросах клинического использования МКБ-10 возобладали формально-директивный подход, подменивший принципом кодирования необходимость ее многоаспектного внедрения.

В Украине по- существу (*de facto*) преобладает попечительская форма психиатрической помощи, оторванная от общей системы здравоохранения и сконцентрированная в психиатрических больницах на большом расстоянии от многих населенных пунктов, что делает ее малодоступной для значительной части населения. Широко используется принцип патернализма, в свое время делегированный психиатрам для защиты прав пациентов, не способных самостоятельно такую защиту осуществлять. В принципе такие отношения (навязываемая помощь из гуманных соображений с риском потери автономии для пациента) допустимы лишь в ограниченных ситуациях и не должны распространяться на весь контингент стационарных больных. Однако в реальной клинической практике под прикрытием приверженности к патернализму, медперсонал нередко затушевывает низкую реабилитационную активность и отсутствие стремления к созданию атмосферы, побуждающей пациентов к самореализации в деятельности.

Настоящий этап реформирования психиатрии, начавшийся во многих странах в 60-е годы, не затронул украинскую психиатрию. Об идеях деинституционализации и децентрализации психиатрической помощи, о развитии центров общественной психиатрии и ее сближении с общесоциальной сетью, о смещении акцентов в сторону оказания мультидисциплинарной психиатрической помощи украинские психиатры узнали только в последние годы, главным образом благодаря усилиям АПУ. Совсем недавно для них открылись такие хорошо известные в

Европе направления психиатрической помощи как общинное психиатрическое обслуживание, социальная работа, регионализация психиатрической помощи, работа с группами пользователей и их семьями.

Все эти годы государство (СССР), используя психиатрию в политических целях, боролось с инакомыслящими, санкционировало недобровольную госпитализацию «правдоискателей», поощряло гипердиагностику шизофрении, безуспешно убеждало мировую психиатрическую общественность в соблюдении прав человека, всемерно способствовало «закрытости» психиатрии, избегало обращения к зарубежному опыту охраны психического здоровья. Психиатрические проблемы интересовали государство прежде всего с точки зрения достижения политических целей, но не с позиций гуманизма, приближения психиатрической помощи к общеевропейским стандартам и повышения ее эффективности. Решение вопросов социальной реабилитации ограничивалось неквалифицированной трудотерапией в ЛТМ и занятостью пациентов в немногочисленных спеццехах на промпредприятиях.

За последние десятилетия практически не изменилось содержание стационарной психиатрической помощи. Подготовка нескольких поколений специалистов осуществлялась на неизменных позициях нозологической систематики психических расстройств с приоритетным использованием биологических методов лечения (в т.ч. шоковых) и явной недооценкой психотерапии (индивидуальной и групповой), методов поведенческой и семейной терапии. Игнорируются важнейшие принципы общеевропейской стратегии лечения больных с психическими расстройствами, направленные на: 1) возможно более продолжительное пребывание пациента в привычной домашней обстановке; 2) создание условий для максимально коротких сроков стационарного лечения; 3) обеспечение доступности специализированной психиатрической помощи всем нуждающимся. Психиатрические службы практически обходятся без клинических психологов, психотерапевтов и социальных работников. Традиционные описания психического состояния пациентов в форме «статусных психопатологических клише» отражают отсутствие системного «видения» пациентов. Если обращение в психиатрическое учреждение в цивилизованной стране предполагает комплексное обслуживание пациента с широким диапазоном медицинских, психологических и реа-

билитационных услуг, а также квалифицированную социальную помощь, то в нашей стране такое обращение нередко исчерпывается оказанием стандартной и однообразной психиатрической помощи, ориентированной на биологическую модель заболевания. Учебные программы по психиатрии десятилетиями не изменяли своего содержания и утверждались формально. В психиатрических больницах до настоящего времени сохраняется классическая психиатрическая атрибутика: режимное содержание больных с различными формами изоляционно-ограничительных санкций, пребывание больных в наблюдательных палатах с постоянным надзором, ограничение жизненного пространства, решетки на окнах, фиксация возбужденных больных, длительное (нередко годами) пребывание в отделении.

И хотя современный профессиональный подход к медицинскому обслуживанию в этих условиях практически невозможен, почти ничего не делается для коренных изменений в этой области. Используемые стандарты медицинского обслуживания не могут в полной мере удовлетворить потребности населения в альтернативных видах психиатрической помощи. До настоящего времени Минздрав Украины ни структурно (не создано управление охраны психического здоровья), ни функционально (на методологическом и организационном уровнях) не определил основных направлений реформирования психиатрической помощи. Происходящие изменения затронули лишь сокращение службы, основные тенденции которого прослеживаются при сравнении статистических отчетов Минздрава Украины за 1988 и 1996 годы:

1. Структура стационарной и амбулаторной психиатрической помощи за истекшие годы практически не изменилась. Существенные изменения затронули показатель обеспеченности психиатрическими койками, который снизился на 21,5% (с 68243 до 53550). На 21,3% сократилось количество коек в психиатрических больницах и на 1,7% в психоневрологических диспансерах. На 29,3% сократилось число психиатрических коек в областных, городских и центральных районных больницах, составляя в общей сложности 5,3% от общего психиатрического коечного фонда. Вызывают удивление 150 психиатрических коек (110 - для взрослых и 40 - для детей), которые обеспечивают реализацию научного потенциала двух НИИ психиатрического профиля.

Таким образом, в Украине сохраняется доминирующая и централизующая роль психиатри-

ческих больниц в оказании психиатрической помощи населению. Происходящее сокращение коек является следствием экономических факторов, а не стратегическими подходами к реформированию службы.

Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении психиатрических коек для детей, число которых сократилось на 24,4% и составляет 5,2% от общего количества психиатрических коек в стране. На 33-41% сократилось число детских психиатрических коек в детских областных и городских больницах и в клиниках НИИ, а их удельный вес в структуре детской психиатрической помощи (13,6%) свидетельствует (как и в организации психиатрической помощи взрослым) о сворачивании тенденции к децентрализации психиатрической помощи и ее интеграции с общесоматической помощью.

2. Число занятых должностей врачей-психиатров сократилось с 4615 до 4215 (на 8,7%) и практически не изменилось во внебольничной сети. Число физических лиц на занятых должностях уменьшилось на 7,2%.

3. Практически не изменились основные показатели деятельности психиатрических стационаров. Отсутствует типичная для европейских стран тенденция к снижению средней длительности пребывания больного в стационаре (64,6 дня). В тоже время почти в два раза (с 1,25 до 2,1) возрос показатель больничной летальности.

4. Существенные количественные и качественные изменения произошли в отношении контингента больных, состоящих на диспансерном учете. Общее количество их уменьшилось на 23,4% и составляет 887988 человек (или 173,8 на 10 тыс. населения). На 13,3% уменьшилось число больных психозами (61 на 10 тыс. населения), на 35,1% - число больных с психическими расстройствами непсихотического характера (69,2 на 10 тыс. населения), на 40% число лиц с умственной отсталостью (30 на 10 тыс. населения). На 40,2% уменьшилась распространенность психических заболеваний среди детей (172 на 10 тыс. населения). Указанные тенденции связаны не с истинным снижением количества психически больных, а с переводом (включением) многих из них в консультативную группу наблюдения, а также со снижением обращаемости за традиционными (нередко рутинными) формами психиатрической помощи.

Контингент психически больных, имеющих группу инвалидности, возрос на 12,4% и составляет 235489 человек (46,1% на 10 тыс. человек).

Таким образом, позиция Минздрава Украи-

ны выражающаяся, в частности, в опоре на статистические показатели, не позволяющие оценить ни качества, ни эффективности психиатрической помощи, не может служить эталоном в вопросах ее реформирования. Конечные результаты такой помощи находят выражение в уровне социальной интеграции пациентов и качестве их жизни. Так, сплошное популяционное исследование 3364 больных общепсихиатрических отделений 9 психиатрических больниц показало, что 71% из них являются неработающими инвалидами II группы, 79% не имеют своей семьи, 83% по материальному положению соответствуют статусу нищего, 10% не имеют условий для проживания вне больницы. Многофакторный анализ результатов анкетирования 234 пациентов общепсихиатрических отделений и 91 врача-психиатра позволил ранжировать удельный вес пациентов, неудовлетворенных качеством своей жизни:

72,7% - основными сферами жизни;

81,5% - госпитализацией;

78% - организацией жизненного пространства, не соответствующего условным нормативам;

75,2% - организацией реабилитационного процесса, не соответствующего условным нормативам;

51% - несоблюдением этико-правовых норм.

Интегральный показатель общей неудовлетворенности «качеством жизни» пациентов составил 70,5%; в т.ч. - в оценке врачей - 67,2%, в оценке пациентов - 77,5%. Структура факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов и их удельный вес выглядят следующим образом: 24% - изоляция, 23% - длительность стационарного лечения, 14% - отсутствие условий для нормальной жизни, 9% - прием психотропных средств, 5% - зависимость от персонала, остальные 19% - или «трудно сказать» или «все устраивает». К этому можно добавить и особенности финансирования психиатрической помощи, существенно влияющего на качество (и количество!) жизни пациентов (в психиатрических больницах Донецкой области в 1997 г. выделялось в день 56 коп. на питание и 13 коп. на лечение одного больного; в 1998 г. соответственно 80 и 18 коп.).

Известно, что любое вмешательство по оказанию медицинской помощи осуществляется в контексте соответствующей системы обслуживания населения. В нашей стране такая система предусматривает ставшее анахронизмом диспансерное обслуживание населения, в большей мере предусматривающее диспансерный

учет, чем оказание альтернативных форм помощи, адекватных потребностям пациента.

Эта модель не может рассматриваться как альтернатива лечению в крупных психиатрических больницах или как аналог западных моделей внебольничной помощи. Сделать ее прогрессивной можно только путем изменения целевых установок по оказанию психиатрической помощи по месту жительства, как это делается во многих странах [9,10,13]. Речь идет о так называемой «ассертивной терапии», направленной на выработку умения отстаивать свои права в ситуациях, типичных для жизни в обществе, или тренинг навыков, необходимых для жизни в обществе. Наиболее общими элементами (принципами) такой модели являются [11]:

- помощь предлагается всему населению, проживающему на четко ограниченной территории обслуживаемого района;

- обслуживание базируется на оценке потребностей конкретного человека, в зависимости от результатов которой предоставляется индивидуализированная помощь, ориентированная на предоставление клиенту как можно более широких полномочий и строящаяся на его наиболее ценных положительных качествах и наиболее сильных сторонах;

- помощь нацелена в первую очередь на наиболее инвалидизированных и серьезно больных пациентов;

- обеспечивается непрерывность и последовательность оказания помощи во времени, а также при изменении местопребывания клиента (в случае госпитализации, помещения в интернат, при выписке или переводе в другое учреждение и т.п.);

- службы ориентированы на охват всех нуждающихся, доступны повсюду, где есть необходимость в их помощи, которая предоставляется до тех пор, пока потребность в ней не отпадет, предпочтительно в привычном для клиента социальном окружении;

- помощь предоставляется в условиях, сводящих к минимуму применение ограничивающих мер, и по возможности без длительной госпитализации;

- службы являются частью основной системы здравоохранения и тесно связаны с системой первичной медицинской помощи;

- социальная и профессиональная реабилитация проводится в естественных условиях;

- службы подотчетны пользователям; ведется постоянное наблюдение за качеством оказываемой помощи и ее соответствием потребностям клиентов;

- пользователи, их близкие (или другие лица, которые постоянно заботятся о них) привлекаются к участию в планировании деятельности служб, в проводимой ими работе и оценке оказываемой помощи;

- деятельность служб включает в себя выявление больных, кризисное вмешательство и экстренную госпитализацию, обеспечение местами в специализированных интернатах, общежитиях или других подобных учреждениях, полный объем психиатрического и медицинского обслуживания, помощь в решении жилищного вопроса, материальную и социальную поддержку, оказываемую самому больному и его семье, помощь в адаптивном функционировании в сфе-

рах трудовой деятельности, социальных отношений, досуга и повседневной жизни путем обучения соответствующим навыкам, оказания психологической поддержки, внесения изменений в окружающую среду, проведения разъяснительной работы.

Приемлемы ли указанные принципы для украинского общества? Готово ли оно к их практическому использованию? Ясно одно: их осуществление возможно при условии существенных изменений политики правительства в сферах здравоохранения и экономического развития, что в свою очередь потребует мобилизации и консолидации различных социальных, экономических и политических сил.

### Социальная реабилитация

Основополагающей концепцией и смыслом социальной политики в отношении психически больных, особенно инвалидов, является реабилитация. Ее следует рассматривать не как совокупность определенных «техник», а как общую стратегию, сфера которой охватывает не только здравоохранение, но также законодательство, социальные службы и экономику [14].

Реабилитационная методология в психиатрии советского периода формировалась в условиях приоритета институционализированной психиатрической помощи, длительной социальной изоляции больных и крайне ограниченных возможностей социальной экстрамуральной помощи.

Практическое отсутствие клинических психологов и социальных работников, несовершенство структуры, организации и методических приемов превратили гуманную и глобальную цель реабилитации (восстановление социальной и личностной значимости пациента) в лозунг или спорадические попытки энтузиастов «соединить хорошую теорию с малопродуктивной практикой». По-существу, реабилитация как «система разносторонних усилий», требующая разделения полномочий между различными специалистами, была монополизирована психиатрами, которые занялись выполнением несвойственных (непрофессиональных) функций социальной реинтеграции пациентов, создавая иллюзию решения проблемы.

Произвольно происходил отбор методов реабилитации. Так называемые «социотерапия», «терапия средой», «терапия занятостью» и т.д. (спорные понятия, т.к. социум не лечит, а создает условия для оптимального социального восстановления) на самом деле представляли собой совокупность микросоциальных факторов,

использовавшихся для предотвращения депривационных влияний больничной среды. Скорее здесь речь шла о мероприятиях, обеспечивающих активизирующий режим и профилактирующих сползание пациента к изоляции, чем о научно обоснованных методах социальной реабилитации больных. К тому же социальная реабилитация в условиях изоляции (особенно длительной) в общепсихиатрическом отделении невозможна в принципе. Напротив, реабилитационный потенциал человека «гаснет» пропорционально длительности госпитализации. Следует учитывать и общемировую тенденцию к резкому сокращению сроков стационарного лечения в психиатрических больницах, ограничивающихся периодом купирования психотических расстройств. Для, собственно, реабилитационных мероприятий не будет времени.

С другой стороны, интегрировать больного в общество - это не просто выписать его из больницы под наблюдение участкового психиатра. «Вхождение» в общество, или восстановление социальных связей пациента - задача, выходящая за рамки возможностей медицинской помощи. Анахронизмом выглядит сейчас утверждение известных в недалеком прошлом специалистов по реабилитации о том, что психоневрологический диспансер является «внебольничным центром по социальной реабилитации психически больных».

Тем более не являются такими центрами дома-интернаты для психохроников. Так кто же и где должен осуществлять реабилитацию, как основополагающее направление социальной политики государства по отношению к инвалидам?

В стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Ассам-

блеей ООН в 1993г, четко разграничены такие направления как медицинское обслуживание и реабилитация. В многочисленных нормативных актах ответственность за социальную помощь, социальную защиту инвалидов и других категорий социально незащищенных граждан возлагается на Министерство социальной защиты и управления социальной защиты областных администраций. В осуществлении реабилитации, целью которой является достижение оптимального уровня самостоятельности и жизнедеятельности инвалидов, предусматривается лишь косвенное участие органов здравоохранения.

Необходимость проведения реабилитационных мероприятий возрастает по мере прогрессирования дезорганизации психической деятельности пациента и утраты индивидуальных навыков. В этих случаях конечная цель реабилитации (восстановление личностной и социальной значимости) (М.М.Кабанов, 1978) нередко оказывается недостижимой. Существенно затрудняется и реализация такого важного принципа реабилитации как «апелляция к личности», т.к. не всегда удается обнаружить «сохраненные части», с которыми можно работать.

Стратегическая цель реабилитации хронически инвалидизированных больных должна сводиться к обучению (тренировкам) социальным навыкам. Эта цель достигается путем использования ролевых игр, создания условий для взаимодействия с внебольничным окружением, участия в занятии теми делами, которыми занимаются «нормальные» люди, индивидуально составленными программами поведенческой терапии.

По-видимому, бывают и такие состояния, при которых вследствие полной утраты способности функционировать осуществление реабилитационных мероприятий становится невозможным. В этих случаях используют т.н. «протезирование» окружения с избеганием гиперопеки, которая может еще больше усугублять несостоятельность больного.

Многопрофильная реабилитационная деятельность в центрах реабилитации должна быть сконцентрирована на восстановлении пациентов в различных сферах их социального функционирования [8]:

- самобслуживание и уход за собой, что относится к личной гигиене, способности самостоятельно одеваться, следить за своим внешним видом, заботиться о нормальном питании;

- выполнение профессиональных обязанностей и других видов деятельности, что включает

ожидаемый уровень функционирования на оплачиваемой работе (в соответствии с занимаемой должностью), в учебе, ведении домашнего хозяйства;

- функционирование в домашнем и семейном кругу, что подразумевает ожидаемый уровень взаимодействия с супругом (супругой), родителями, детьми или другими близкими людьми;

- функционирование в более широком социальном контексте, что относится к социально адекватному взаимодействию с другими членами общества, к участию в различных формах проведения досуга и к иным проявлениям социальной активности.

Оценка современного уровня организации, кадрового и методического обеспечения социальной реабилитации больных и инвалидов с психическими расстройствами свидетельствует об отсутствии такого направления в социальной политике государства. По-существу, государство не приняло на себя ответственности за включение их в нормальную жизнь общества.

Между тем, в ряде стран (например, в Японии) в законодательном порядке реабилитация психически больных была поднята на уровень обязанности государственной власти и региональных администраций. Законом здесь предусматривается не только терпимость, но и социальное признание психически больных. Префектуры и местные власти наделены правом проведения в жизнь собственных программ реабилитации психически больных, которые должны обеспечить переход от принудительной продолжительной формы лечения к реабилитации и возвращению в общество хронически больных пациентов.

Изменить сложившуюся ситуацию может национальная программа, которой государство возьмет на себя обязательства в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов. При составлении такой программы необходимо учесть три важных обстоятельства:

- 1) социальная реабилитация не должна входить в спектр прямых обязанностей психиатрических учреждений; все службы реабилитации должны находиться в сообществе (специальных социальных центрах);

- 2) основным направлением реабилитации является социальная работа, осуществляемая профессионально подготовленными социальными работниками и клиническими психологами;

- 3) потребитель психиатрической помощи должен рассматриваться не как пациент (что характерно для периода институционализированной

реабилитации), и не как клиент (как в период деинституционализации), а как гражданин и равноправный член общества.

Такое отношение понимают как «членство в сообществе» (Community membership), а направление реабилитационной работы (социального включения пациента) должны определять не профессиональные стандарты или консенсус междисциплинарной команды, а конкретные потребности человека. Приоритетом работы здесь становится не столько благосостояние, здоровье, безопасность или развитие человека, сколько самоопределение и отношения с обществом.

Важнейшей сферой реабилитационной деятельности является также системное «видение» пациента и его функциональная (многоосевая) идентификация. Традиционный для отечественной психиатрии синдромально-нозологический подход к оценке психического состояния пациента отражает эволюционно сложившуюся видовую (общечеловеческую) форму приспособления организма к тем или иным условиям жизни. Часто встречающееся рассмотрение психопатологических проявлений болезни как прямого и исключительного следствия болезненного процесса приводит к редукции психической жизни больного до уровня синдромов, делает ее оторванной от особенностей социального функционирования и межличностных отношений. При этом совершенно не раскрываются индивидуальные особенности болезни у конкретного пациента и делается невозможной практическая реализация основополагающего принципа меди-

цины «лечить больного, а не болезнь». С другой стороны, ориентация на клинико-биологический субстрат патологического процесса противоречит концептуальным позициям реабилитационной методологии.

Концептуальная модель, используемая при идентификации пациента, определяет не только особенности диагностического подхода, но и преобладающий вектор (содержание и направленность) оказываемой помощи. Например, если лицо с умственной отсталостью воспринимается как психически больной, не излечимый, не обучаемый, то стратегия помощи будет исчерпываться медицинским обслуживанием (главное действующее лицо - психиатр), а если этот же пациент будет восприниматься как представитель определенной социальной группы со своими правами, общественными запросами и жизненными потребностями, а его состояние оцениваться как такое, при котором возможно достижение определенной социальной адаптации, то программа помощи ему будет иметь социоцентрический характер (действующие лица: социальный работник, дефектолог).

Таким образом, при разработке индивидуальных реабилитационных программ необходимо ориентироваться не на диагноз, инвалидность или ограниченные возможности пациента, а на человека как полноправного члена общества. Только при этих условиях приоритетным при работе с ним будет его самоопределение и отношение с окружающими. Именно такое понимание проблем пациента заложено в принципе многоосевой диагностики МКБ-10.

### Социальная защита и социальная работа

Заострение социальных проблем, как потенциальная угроза социальной стабильности находит выражение в появлении многочисленных контингентов т.н. социальных аутсайдеров, нуждающихся в поддержке государства. Среди них значителен удельный вес хронически инвалидизированных пациентов, которые находятся на периферии общества и самостоятельно не в состоянии следовать социальным требованиям.

Наиболее эффективным механизмом социальной политики (социальной защиты) этого контингента является социальная работа, и как гуманистическое начало, и как форма социального контроля. К сожалению, в нашей стране под давлением экономических обстоятельств стратегия социальной защиты заполняется дискриминационными подходами.

В американской «Энциклопедии социальной

работы» представлены дефиниции ее категориально-понятийного аппарата:

- социальная защита - система мер, осуществляемых государством и различными общественными организациями по обеспечению гарантированных минимально достаточных условий жизни, поддержки жизнеобеспеченности и деятельного существования человека;

- социальная поддержка - специальные шаги, направленные на поддержание условий, достаточных для существования слабых социальных групп, отдельных семей, лиц, которые испытывают нужду в процессе своей жизнедеятельности;

- социальная помощь - система социальных мер по оказанию соответствующими службами поддержки и услуг отдельным лицам или группам населения для преодоления или смягчения

жизненных трудностей, сохранения их социального статуса, полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе;

- социальное обслуживание - деятельность по оказанию социально-бытовых, медико-социальных, психологических, правовых услуг, помощи в социальной адаптации и реабилитации граждан и их семей, которые пребывают в тяжелой жизненной ситуации;

- социальная реабилитация - процесс восстановления социальных функций человека, его роли как субъекта основных сфер жизни общества;

- социальная опека - оказание помощи индивидам, которым угрожает ущерб со стороны окружающих или в случаях невозможности самостоятельно удовлетворить свои жизненные потребности;

- социальные гарантии - система условий, нормативных установок и мер, направленных на удовлетворение определенного набора благ, услуг, поддержки жизнеобеспечения людей;

- социальное управление - разновидность управления в обществе, функции которого заключаются в регулировании положения всех участников социальной жизни в обеспечении их развития как субъектов социальных отношений.

Какой же парадигмой должно руководствоваться государство в осуществлении социальной помощи психически больным? Если в основу такой парадигмы положить общечеловеческие ценности и принцип всестороннего социального обслуживания в сообществе, то содержание такой помощи должно определяться потребностями пациента, а не сложившимися традициями и уровнем экономического развития.

Государственное управление в области социальной защищенности инвалидов, в т.ч. с психическими заболеваниями, осуществляется Министерством социальной защиты населения Украины, Министерством здравоохранения Украины и местными Советами народных депутатов. Финансирование работы по социальной защищенности инвалидов осуществляется фондом Украины социальной защиты инвалидов. Региональное управление в этой области обеспечивают управления социальной защиты населения и управления здравоохранения областных госадминистраций.

Тесная связь между социальной политикой государства и социальной работой выражается в отношении к социальной работе как к «теории и практике социальной политики правового, социального, демократического государства и гражданского общества», направленных на отдель-

ные социально неполноценные группы и индивидов с целью социальной адаптации их к жизни в среднестатистических условиях конкретного общества [1]. Социальная работа - это профессиональная или волонтерская деятельность, направленная на гарантированную поддержку и оказание социальных услуг конкретному человеку [4]. В широком понимании - это деятельность социальных служб (государственных, частных); в узко-медицинском - воздействие специалистов по социальной работе на пациента с целью оказания помощи в самореализации.

Таким образом, социальная работа - это создание условий для социальной интеграции пациентов, это помощь в решении социальных проблем, а не только уход и опека. Каждый пациент должен почувствовать свою сопричастность со многими аспектами социальной политики государства, ощутить свою принадлежность к сообществу.

В Украине - это абсолютно новое направление (*terra incognita*) теории и практики реабилитации психически больных.

Для его реализации необходимо три условия: создание специальных внебольничных центров социальной реабилитации больных, подготовка социальных работников и создание патронажной службы - функционально определенной социальной структуры при местных органах государственной власти.

Ни одно из этих условий не может считаться выполненным. В нашей стране нет адресной социальной защиты психически больных, нацеленной на полную занятость и универсальную систему социальных услуг. Едва ли можно идентифицировать с «защитой» мизерные пенсионные пособия, скудную кормешку в больницах и интернатовскую опеку.

Ни в Законе Украины об основах социальной защищенности инвалидов, ни в типовых положениях об областных управлениях социальной защиты в перечне лиц, нуждающихся в поддержке не выделены контингенты больных с психическими расстройствами. В различных нормативных документах, затрагивающих вопросы социальной помощи инвалидам, речь главным образом идет о больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата и зрения. Практически отсутствует взаимодействие между участковой психиатрической службой и региональными службами социальной защиты.

Не созданы правовые и нормативные документы, касающиеся социальной защиты психически больных. Психиатрические МСЭК, как

правило, не определяют виды необходимой материальной и социально-бытовой помощи инвалидам.

В Украине нет исследовательских проектов по вопросам социальной политики в области психического здоровья, нет банка данных о хронически инвалидизированных пациентах и ни одного документа, регламентирующего проведение научных исследований по медико-социальным проблемам инвалидности. Единственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, как это ни странно, не имеет психиатрического отдела. Не существует целевых научных программ изучения социальных и экономических вопросов инвалидности по психическим заболеваниям. Ежегодно составляемые главным управлением медико-социальной экспертизы аналитико-информационные справочники ограничиваются минимумом информации о распространенности и удельном весе первичной инвалидности по психическим заболеваниям и не содержат никакого анализа. Такие обзоры непригодны для планирования каких-либо исследований.

По существу не конкретизированы меры социальной помощи в типовых положениях о таких медико-социальных учреждениях как психоневрологический интернат, детский дом-интернат, гериатрический дом-интернат, утвержденных в 1997 году Минсоцзащиты. Весь спектр социальной защиты и социальной работы с направляемым туда контингентом олицетворяется в долгоживущем анахронизме «подопечные».

Отсутствие общегосударственных и региональных проектов, направленных на решение социальных проблем в психиатрии, отсутствие системы профессиональной работы, направленной на гарантированную и персонифицированную поддержку и оказание социальной помощи психически больным, сводят ее к уровню импровизированных инициатив, не позволяющих реализовать принципы деинституционализации.

Сохранение значительной социальной дистанции между обществом и социально наиболее уязвимыми лицами с психическими расстройствами способствует маргинализации отношений, многоаспектному невниманию к трудностям их социальной интеграции, социальному острокизму их семей. Смягчить ситуацию может активация новых общественных движений, социальных течений, групп самопомощи, волонтеров, которые создают дополнительные возможности для социальной поддержки, но не должны своими добровольными усилиями подменять работу государственного сектора. В конечном счете соотношение поддержки на государственном уровне и собственных усилий пациента можно выразить простой формулой: «помочь человеку - помочь себе», в т.ч. осознать, насколько это возможно, личную ответственность за свое положение.

Таким образом, психиатрические службы в Украине не интегрированы в систему социальной политики государства. Психиатрия не выделена как особый объект этой политики. Нет органа, координирующего социальную политику в области психического здоровья. Вмешательство правительства ощущается лишь при очередном сокращении штатов в психиатрическом учреждении, средств на ремонт, питание, медикаменты. И это уже система, так же как системой остается социальная незащищенность медперсонала и работа по принципу: «никогда не бывает так плохо, чтобы не стало еще хуже».

Понятно, что в ближайшее десятилетие государство не сможет обеспечить полноценную социальную поддержку всем в ней нуждающимся. Опыт различных стран показывает, что это длительный процесс. Однако обозначить приоритеты и приступить к созданию условий, необходимых для самореализации психически больных как наиболее социально уязвимой категории граждан, государство должно было бы уже давно, придерживаясь международных соглашений и деклараций.

*В.А. Абрамов*

## СТІГМАТИЗАЦІЯ ТА ДЕСТИГМАТИЗАЦІЯ ПСИХІАТРІЇ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Згруповані основні сфери стигматизації психіатрії на різних рівнях психіатричної допомоги:

- медичне обслуговування включно із діагностикою та лікуванням;
- соціальна реабілітація – як соціально організоване реагування на захворювання та його наслідки;
- соціальний захист (підтримка) – універсальна та, найчастіше, адресна система послуг.

Сформульовані основні напрями дестигматизації психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 3-13)

*V.A. Abramov*

## STIGMATISATION AND DESTIGMATISATION OF PSYCHIATRY

Donetsk State Medical University named after M. Gorky

The main spheras of mental medicine's stigmatisation on different levels of psychiatric help are grouped:

- medical care including diagnostic and treating;
- social rehabilitation as a socially organized reacting on disease and its consequences ;
- social defence (support) – universal and, usually, adressed system of services.

The main directions of destigmatisation are formulated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 3-13)

### *Литература*

1. Жмир В.Ф. Соціальна держава, соціальна політика, соціальна робота.// Соціальна політика і соціальна робота. 1997.№2,3. С.11.

2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Ленинград. Медицина. 1978.- 230 с.

3. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях.// Журнал невропатол. и психиатр. им.С.С Корсакова. 1998. №1. с.9-12.

4. Коваль Л.Г. Підготовка соціальних педагогів і соціальних працівників в Україні.// Соціальна політика і соціальна робота. 1998, 1-2.- с.86-95.

5. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it.// Advances in Psychiatric Treatment. 2000, v.6, p.65-72/

6. Goffman E. Stigma. The negated indentity. Englewood Cliffs, Prentice-Hall. 1963.

7. Lawrie Stephen M. Stigmatisation of psychiatric disorder. Psychiatric Bulletin. 1999, 23, p.129-131.

8. Janca A., Kastrup M., Katschnig H., Lopez Ibor jr. J.J., Mezzich J.E., Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients

with mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1996, 31: 349-354.

9. Kovess V., Boisguering B., Reynauld M. Has sectorization of the psychiatric services in France really been effective? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1995, 30: 132-138.

10. Marks I.M., Connolly J., Muijen M., McNamee G. Home – based versus hospital – based care for people with serious mentalillness. British Journal of Psychiatry, 1994, 165: 179-194.

11. Santon A.B., Henggeler S.W., Burns B.J., Arana G.W., Meisler N. Research on field – based services: Models for reform in the devilyery of mental health care to populations with complex clinical problems. American Journal of Psychiatry, 152: 1111-1123.

12. Sartorius N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it. Lancet, 352, 1058-1059.

13. Test M.A. Training in community living. – In Hanjbook of psychiatric rehabilitation, Liberman R.P. (ed). New York, Macmillan.

14. WHO. Psychosocial rehabilitation. A consensus statement. Geneva, World Health Organization. 1996.

15. Энциклопедия социальной работы. В 3-х т. – М., 1991 – 1994. Т.3, с.204.

Поступила в редакцию 18.09.2000г.

УДК 616.89—02:612.014.482

*А.К. Напреенко, К.Н. Логановский*

## СИСТЕМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКИХ КАТАСТРОФАХ И ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙНАХ

Национальный медицинский университет. Научный центр радиационной медицины АМН Украины

Ключевые слова: психиатрия чрезвычайных ситуаций, катастрофа, Чернобыльская авария, психосоматическое патологическое развитие, профилактика

Психические расстройства вследствие войн и катастроф являются одной из наиболее важных медицинских и социальных проблем. Эти расстройства являются полиэтиологическими в результате воздействия психогенной травматизации, черепно-мозговых травм, соматических болезней, а также влияния экологических факторов [1]. Ухудшение психического здоровья пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы — одна из ключевых медико-социальных проблем последствий ка-

тастрофы [2,3]. Психогенно травмирующие факторы, которые усиливаются противоречивой официальной информацией и отсутствием доверия населения, изменяют и обычно усиливают биологические эффекты неблагоприятных экологических факторов [4,5]. Целью исследования было предложить систему психиатрической помощи при локальных войнах и радиоэкологических катастрофах на основе характеристики и верификации психических расстройств у пострадавших.

### Материал и методы исследования

Изучение психического здоровья и оказание психиатрической помощи пострадавшим вследствие Чернобыльской катастрофы проводили на протяжении 14 послеаварийных лет. Обследовали следующие категории пострадавших: 100 пациентов, перенесших острую лучевую болезнь (ОЛБ); 100 лиц, эвакуированных из города Припять после аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС); 200 ликвидаторов;

200 работников Чернобыльской зоны отчуждения. Также обследовали 100 ветеранов войны в Афганистане. Как пострадавшие вследствие аварии на ЧАЭС, так и ветераны войны являлись пациентами соматоневрологических стационаров. Мы использовали психиатрическое интервью, ММРІ и PTSD-анкету Horowitz, нейрофизиологические и статистические методы.

### Полученные результаты и их обсуждение

Психические расстройства выявили у 427 (71%) пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы и у 56 (56%) ветеранов войны в Афганистане. Предложена новая версия систематизации [1,6–9] психических расстройств, связанных с Чернобыльской катастрофой (Таблица 1). Следует подчеркнуть коморбидность психических расстройств как у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы (28%), так и у ветеранов войны в Афганистане (19%).

При диагностике психических расстройств и оказании психиатрической помощи при радиоэкологических катастрофах и войнах необходимо учитывать этиологическую гетерогенность этих расстройств, обусловленную сочетанием экзогенно-органических, психогенных и соматоген-

ных факторов. У пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы возникновение психических расстройств объясняется влиянием комплекса неблагоприятных факторов Чернобыльской катастрофы нерадиационной и радиационной природы с учетом психосоциальных проблем, соматоневрологических заболеваний, а также наследственной и приобретенной личностной, соматической и церебральной предрасположенностью.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства (МКБ-10: F00–F09) диагностировали у 357 (59%) обследованных пострадавших в отдаленный период аварии на ЧАЭС, а также у 25 (25%) ветеранов войны. У 173 (29%) обследованных пострадавших мы диагностировали

органическое расстройство личности (F07.0) и у 184 (30%) — другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции мозга

либо вследствие физической болезни (F06), в основном, — F06.6 (органическое эмоционально лабильные [астенические] расстройства).

Таблица 1

**Систематизация психических расстройств, ассоциированных с Чернобыльской катастрофой**

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА		
В ранний период	В средний период	В отдаленный период
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (МКБ-10:F43; DSM-IV:308.3)	Посттравматическое стрессовое расстройство, PTSD (МКБ-10:F43.1; DSM-IV:309.81)	Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (МКБ-10:F62.0; DSM-IV:309.81)
Невротические, связанные со стрессом расстройства (МКБ-10:F4; DSM-IV:300)	Невротические и соматоформные расстройства (МКБ-10:F40-F42, F45, F48; DSM-IV:300)	Психосоматическое патологическое развитие личности (МКБ-10: F45, F54; F34.1, F60-F69; DSM-IV: 293.83, 293.89, 301, 301.22, 300.4, 316...)
Острые и транзиторные психотические расстройства (МКБ-10:F23,F28; DSM-IV:293, 297, 298)	"Психосоматическое расстройство" (DSM-IV:316...; МКБ-10:F54+...)	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (МКБ-10: F60-F69 DSM-IV: 301)
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (МКБ-10:F50-F52, F54, F59; DSM-IV:307, 309, 302, 300)	Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо физической болезни (МКБ-10:F06; DSM-IV:293.83, 293.89)	Шизотипическое расстройство (МКБ-10: F21 DSM-IV: 301.22)
Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо физической болезни (МКБ-10:F06; DSM-IV:293.83, 293.89)	Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (МКБ-10:F07, DSM-IV:310.1)	Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (МКБ-10: F07 DSM-IV: 310.1)
		Деменция (МКБ-10: F01-F03 DSM-IV: 290, 294.1)
		Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и иным психоактивным веществом (МКБ-10: F04 DSM-IV: 294)

Мы предложили [1,7,8] концепцию “психосоматического патологического развития личности” (термин использовался Г.К. Ушаковым), которое выявили у 286 (48%) обследованных по-

страдавших вследствие аварии на ЧАЭС и у 15 (15%) обследованных ветеранов войны в Афганистане. Патологические изменения личности являются результатом нейроэндокринной дис-

функции вследствие влияния комплекса неблагоприятных факторов. Эта дисфункция ведет к морфо-функциональным расстройствам во внутренних органах. Выделены три этапа формирования психосоматического патологического развития личности: 1) неврозоподобный (аптенический); 2) психосоматический; 3) патохарактерологический. При этом образуется патологический комплекс по типу “порочного круга”, который включает психические, соматические и психо-социальные расстройства. Психосоматическое патологическое развитие личности представляет собой расстройство личности с мозаичной психопатологической симптоматикой с социальной, нередко выраженной, дезадаптацией. В МКБ-10 термин “психосоматические” не используется. Однако категория F54 указывает на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других (не в психических расстройствах) разделах МКБ-10. Например, язвенная болезнь желудка: F54 + K25. В DSM-IV психосоматическое расстройство обозначается так: категория 316 (указать неблагоприятный психологический фактор), влияющий на ... (указать название соматического заболевания).

На протяжении первых 1–2 лет после аварии на ЧАЭС и войны в Афганистане отдельные симптомы PTSD обнаруживали практически у всех обследованных пострадавших и ветеранов. Однако, в настоящее время (14 лет после аварии и более чем 10 лет после войны) хроническое изменение личности после переживания катастрофы (МКБ-10: F62.0) как последствия PTSD, мы выявили у 12 (12%) пациентов, перенесших ОЛБ, 22 (22%) эвакуированных лиц, 16 (8%) ликвидаторов и лишь у 2 (1%) работников зоны отчуждения, а также у 37 (37%) ветеранов. Исключительно важно, что хроническое изменение личности после переживания катастрофы существенно более типично для тех пострадавших и ветеранов, которые не имели подготовки для деятельности в чрезвычайных условиях и тех, кто был принудительно вовлечен в катастрофу (часть пациентов, перенесших ОЛБ, большинство эвакуированных лиц и ликвидаторов) и войну.

Ключевыми признаками хронического изменения личности после переживания катастрофы у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы (войны) были следующими: социальная отгороженность, ощущение пустоты или безнадежности, хронического чувства существования “на краю”, “как будто бы что-то постоян-

но угрожает”, и отчужденность. В то же время, подготовленный персонал, добровольно работающий в зоне отчуждения, практически не имеет симптомов PTSD через 14 лет после аварии, также как и профессиональные военнослужащие.

Оказание психиатрической помощи ветеранам локальных войн и пострадавшим при радиоэкологических катастрофах с психическими расстройствами включает следующие этапы:

1. Выявление пострадавших;
2. Оказание первой помощи, используя ургентную фармако- и психотерапию;
3. Эвакуация из эпицентра влияния патогенных факторов;
4. Специализированная психиатрическая и соматическая помощь пациентам с умеренными и выраженными расстройствами (в психиатрическом стационаре и/или специализированной радиологической клинике с участием психиатров);
5. Поддерживающая терапия дома и в санатории;
6. Психиатрическая реабилитация в отдаленный период войны и катастрофы.

Для эффективного предупреждения ухудшения психического здоровья ветеранов войн и жертв бедствия срочно необходимо создать Государственную систему психиатрии чрезвычайных ситуаций с отделом экологической психиатрии.

Психические расстройства пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы возникают благодаря комплексу радиационных и нерадикационных факторов: экзогенных (включая ионизирующие излучения), психогенных и соматогенных [1, 7–9]. Дополнительными возможными этиологическими факторами психических расстройств у пострадавших являются акцентированные, инфантильные или психопатические особенности личности; злоупотребление алкоголем и/или наркотическими веществами; субкомпенсированная или декомпенсированная соматическая патология; последствия органического поражения головного мозга. Наша систематизация психических расстройств, связанных с аварией на ЧАЭС и их возможная этиология были обсуждены в международной литературе [10,11].

В дополнение к предложенной систематизации следует указать на возможные отдаленные эффекты пренатального облучения, которое может вызывать тяжелую умственную отсталость, эпилепсию, расстройства психологического развития [14,15]. Психические расстройства у пренатально облученных детей отражают функци-

онально-структурные аномалии развития головного мозга вследствие взаимодействия пренатальных и постнатальных факторов, при этом нельзя исключить влияние эффектов облучения на развивающийся головной мозг. Долговременное наблюдение за внутриутробно облученными детьми, которые могут иметь повышенный риск развития шизофрении, представляет особый научный интерес [16,17]. Вопрос об увеличении распространенности шизофрении у пренатально облученных жертв атомных бомбардировок остается дискуссионным [18].

Предложена генетическая и церебральная гипотезы для объяснения увеличения риска шизофрении и расстройств шизофренического спектра после воздействия ионизирующих излучений [12]. Церебральный паттерн шизофрении и пострадиационного поражения головного мозга сходны. Предполагается, что ионизирующие излучения могут быть триггерным фактором окружающей среды, который может реализовывать шизофрению у лиц с предрасположенностью к эндогенному заболеванию [13].

В нашей монографии “Экологическая психиатрия” [8] предложена классификация экологических факторов, которые могут провоцировать психические расстройства, обсуждены прямые и не прямые психотропные яды, систематизированы и приведены принципы дифференцирования психических расстройств, связанных с катаст-

рофами. Показано, что психические расстройства у пострадавших вследствие различных катастроф имеют определенные особенности, а также существенные отличия между психическими расстройствами в острый и отдаленный периоды катастрофы. Приведены клиническое описание психических расстройств у пострадавших, принципы и схема их психофармакотерапии.

Для предупреждения возникновения психических и психосоматических расстройств, а также поддерживающей терапии и реабилитации лиц, находившихся (работающих) в условиях чрезвычайных ситуаций, нами разработана и успешно апробирована специальная система, опубликованная в монографии “Психическая саморегуляция” (совместно с К.А. Петровым) [19]. Она включает 112 психических и физических упражнений, которые могут использоваться такими лицами самостоятельно, соответственно их конституционно-типологическим особенностям, соматоневрологическому состоянию и факторам внешней среды, предрасполагающим к психическим и психосоматическим расстройствам.

Используя этот подход для оказания психиатрической помощи, возможно существенно повысить эффективность диагностики, лечения и профилактики психических и психосоматических расстройств у пострадавших при катастрофах и военных конфликтах.

*О.К. Напреснюк, К.М. Логановський*

## **СИСТЕМА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РАДІОЕКОЛОГІЧНИХ КАТАСТРОФАХ І ЛОКАЛЬНИХ ВІЙНАХ**

Національний медичний університет. Науковий центр радіаційної медицини АМН України

Психічні розлади є однією з найбільш важливих медичних і соціальних проблем після війн і катастроф. Ці розлади є поліетіологічними внаслідок впливу психогенної травматизації, черепно-мозкових травм, соматичних хвороб, а також впливу екологічних чинників. Обстежили 600 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та 100 ветеранів війни в Афганістані, які проходили стаціонарне лікування. Переважно межові нервово-психічні розлади виявили у 427 (71%) постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та 56 (56%) ветеранів війни в Афганістані. Запропоновано систематизацію психічних розладів у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Надання психіатричної допомоги ветеранам локальних війн і постраждалих внаслідок радіоекологічних катастроф з психічними розладами передбачає: 1) виявлення постраждалих; 2) першу допомогу за використанням ургентної фармако- і психотерапії; 3) евакуацію з епіцентру впливу патогенних чинників; 4) спеціалізовану соматичну і психіатричну допомогу пацієнтам з помірними та вираженими розладами (у психіатричному стаціонарі і/чи спеціалізованій радіологічній клініці); 5) підтримуючу терапію на дому та в санаторії; 6) психіатричну реабілітацію у віддалений період війни і катастрофи. Для ефективного попередження погіршення психічного здоров'я ватеранів війн і жертв лиха терміново необхідно створити Державну систему психіатрії надзвичайних ситуацій з відділом екологічної психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 14-18)

## SYSTEM OF PSYCHIATRIC CARE FOR RADIOECOLOGICAL DISASTERS VICTIMS AND LOCAL WARS VETERANS

National Medical University, Ukraine. Scientific Centre for Radiation Medicine, Academy of Medical Sciences, Ukraine

Mental health disorders are one of the most important medical and social problems following wars and disasters. These disorders are polyetiologic due to psychogenic traumatization, head injuries, physical illness, and exposure to environmental hazards. 600 Chernobyl accident survivors and 100 veterans of the Afghanistan war (in-patients) were examined. Predominantly borderline mental disorders were revealed in 427 (71%) of the Chernobyl accident survivors and 56 (56%) of the Afghanistan war veterans. The systematic of mental disorders in Chernobyl accident survivors was proposed. Psychiatric management of local wars veterans and radioecological disasters victims with mental disorders include as follows: 1) searching for victims; 2) first aid, using urgent pharmac- and psychotherapy; 3) evacuation from the centre of pathogenic factors influence; 4) specialised somatic and psychiatric care for patients with moderate and severe disorders (at a psychiatric hospital and/or specialised radiological clinic); 5) maintaining therapy at home and resorts; 6) psychiatric rehabilitation in the remote period of war and disaster. In order to effective prevention of mental health deterioration of wars veterans and disaster victims it is urgently necessary to create the State System of Emergency Psychiatry together with the Department of Ecological Psychiatry. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 14-18)

### Литература

1. Napreyenko A., Loganovsky K. Current problems of emergency psychiatry at the radioecological disaster // M. De Clercq et al. (Eds.) *Emergency Psychiatry in a Changing World*. — Amsterdam: Elsevier Science B.V., 1999. — pp. 199–202.
2. Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. Материалы Международной конференции, Киев, 24–28 мая 1995 г. / Под ред. А.И. Нягу. — К.: Крещатик, 1995. — 346 с.
3. One decade after Chernobyl: Summing up the consequences of the accident. Book of extended synopses of International Conference, Vienna, 8–12 April, 1996. — Vienna: European Commission, International Atomic Energy Agency, World Health Organization, 1996. — 601 p.
4. New risk frontiers: 10<sup>th</sup> Anniversary The Society for Risk Analysis — Europe Proceedings of International Meeting of the Society for Risk Analysis-Europe. Stockholm, 1997 / В.М. Drotts Sjoberg (Ed.) // Series Rhizikon: Studies of Risk and Hazard. — Stockholm: The Center for Risk Research, 1997. — 935 p.
5. Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. Материалы 2-й Международной конференции, Киев, 1–6 июня 1998 г. / Под ред. А.И. Нягу и Г.Н. Сушкевича. — К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. — 656 с.
6. Loganovsky K.N., Nyagu A.I. Характеристика психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы в свете Международной классификации болезней 10-го пересмотра // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — Т. 5, № 2. — С. 15–23.
7. Напреенко А.К., Loganovsky K.N. Систематика психических расстройств, связанных с последствиями аварии на ЧАЭС // Врачебное дело / Лікарська справа. — 1995. — № 5–6. — С. 25–28.
8. Напреенко А.К., Loganovsky K.N. Экологическая психиатрия. — К.: Полиграфкнига, 1997. — 96 с.
9. Нягу А.И., Loganovsky K.N. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. — К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. — 350 с.
10. Bridging the gap in mental health approaches between East and West: the psychological consequences of radiation exposure / I.I. Yevelson, A. Abdelgani, J. Cwikel, I.S. Yevelson // *Environmental Health Perspectives*. — 1997. — Vol. 105 (Suppl. 6). — P. 1551–1556.
11. Abdelgani A., Yevelson I. A comparison of mental health approaches in the former Soviet system and Western European system: bridging the gap. Tokyo: SYLFF (The Ryoichi Sasakawa Young Leaders Fellowship Program) Working Papers, No9, 1998.
12. Loganovsky K.N. Клинико-эпидемиологические аспекты психиатрических последствий Чернобыльской катастрофы // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 1. — С. 5–17.
13. Loganovsky K.N. Неврологические и психопатологические синдромы в отдаленном периоде воздействия ионизирующих излучений // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2000. — Т. 100, №4. — С. 15–21.
14. Otake M., Schull W.J., Lee S. Threshold for Radiation-related severe mental retardation in prenatally exposed A-bomb survivors: a re-analysis // *Int. J. Rad. Biol.* — 1996. — Vol. 70, № 6. — P. 755–763.
15. Schull W.J., Otake M. Cognitive function and prenatal exposure to ionizing radiation // *Teratology*. — 1999. — Vol. 59, № 4. — P. 222–226.
16. Nyagu A.I., Loganovsky K.N., Loganovskaja T.K. Psychophysiological aftereffects of prenatal irradiation // *Int. J. Psychophysiol.* — 1998. — Vol. 30, № 3. — P. 303–311.
17. Loganovskaja T.K., Loganovsky K.N. EEG, cognitive and psychopathological abnormalities in children irradiated in utero // *Int. J. Psychophysiol.* — 1999. — Vol. 34, № 3. — P. 213–224.
18. Imamura Y., Nakane Y., Ohta Y., Kondo H. Lifetime prevalence of schizophrenia among individuals prenatally exposed to atomic bomb radiation in Nagasaki City // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1999. — Vol. 100, № 5. — P. 344–349.
19. Напреенко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция. — К.: Здоров'я. 1995. — 240 с.

Поступила в редакцию 18.11.2000г.

УДК 616.89

*Д.С. Лебедев***О СОВРЕМЕННЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ПРИЕМОМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: МКБ-10, диагностика, психические расстройства, психоактивные вещества

Введение в практику здравоохранения Украины новой классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) предусматривает изменения в диагностике состояний, связанных с приемом психоактивных веществ. Весь диагностический диапазон сосредоточен в одном разделе F1. Третьим знаком определяется вид вещества, а 4-м и 5-м - психопатологический синдром [1].

Объединены, независимо от их тяжести, ранее отдельные категории психотических, непсихотических и резидуальных нарушений. Классификация стала более удобной, потому что любой вид расстройства может быть соотнесен с любым психоактивным веществом, хотя на практике такое встречается не всегда [2].

В методологическом плане прослеживается подход авторов классификации, провозглашающий отказ от понятий «психоз» и «психотический». Этот же принцип реализован в том, что некоторые состояния, ранее квалифицируемые как острые интоксикационные психозы, например, вследствие употребления галлюциногенов, препаратов конопли, определяются как «острая интоксикация». Такая точка зрения представляется более соответствующей клинической реальности.

В МКБ-10 отсутствуют термины «наркомания» и «токсикомания», хотя сохранено понятие «наркотик». Эти термины не имеют четкого медицинского значения и способствуют путанице. Это связано с постоянно изменяющимися юридическими подходами, различными в каждой стране. Содержание понятия «психоактивные вещества» не раскрывается, упоминается лишь, что эти вещества вызывают зависимость или состояние отмены. Кроме того, в современных условиях список веществ, вызывающих зависимость, постоянно расширяется. Поэтому введение более общего термина «психоактивное вещество» является прогрессивным.

Приводится список основных девяти групп психоактивных веществ. Введен новый раздел - расстройства вследствие употребления летучих растворителей (F18). Код F19 предназначен для квалификации расстройств, вызванных бессистемным приемом разнообразных психоактивных веществ, либо другими веществами, не перечисленными ранее.

Общее количество диагностических рубрик значительно расширено, по сравнению с МКБ-9. Это позволяет более детально, строго формализованно, избегая «проекции» терапевта описывать психические расстройства у пациентов.

Введена новая диагностическая рубрика «Употребление психоактивных веществ с вредными последствиями» (F1X.1), подразумевающая однократное или эпизодическое употребление психоактивных веществ, вызвавшее психический или физический вред. В случае психического вреда речь идет о вторичных расстройствах, существование которых очевидно. Случаи, когда пациент нанес себе только физический вред, например, ВИЧ-инфицирование при инъекционной наркотизации, собственно психиатрического содержания, по-видимому, не имеют. Хотя возможность такого диагноза может быть полезна для более детального описания случая, в особенности, когда этот диагноз выступает в качестве дополнительного.

Новой диагностической рубрикой в МКБ-10 является «синдром зависимости» (F1X.2), включающий психические, физические и психологические признаки, характеризующие наркоманию, токсикоманию и хронический алкоголизм в МКБ-9. Такого общего определения достаточно для диагностики нозологически выраженных форм. Кроме того, термин «зависимость» наиболее употребителен во всем мире.

Часто комментарии к диагностике расстройств данного раздела МКБ начинаются с сетования на отсутствие реальной повсемест-

ной возможности определять содержание психоактивных веществ в организме лабораторным путем [3]. Хочется заметить, что при всей важности лабораторной диагностики, ее отсутствие не является непреодолимым препятствием для внедрения МКБ-10 в наркологию.

Определение содержания вещества в крови, моче и т.д. имеет решающее значение для диагностики только в случаях обнаружения концентраций, свидетельствующих об употреблении высоких доз вещества, либо в настоящее время либо в недавнем прошлом. Особенно полезной представляется практика контрольных анализов, например, мочи на содержание наркотиков и их метаболитов на этапе наблюдения больного после купирования абстиненции [4]. Как известно, характер интоксикации зависит от принятой дозы. Эта связь в известной мере относительна. Наличие в крови “следов” какого-либо вещества не может быть однозначно истолковано как причина психических расстройств. Необходимость лабораторной диагностики становится особенно острой в ситуациях экспертизы, отсутствия анамнестических и объективных данных. Но именно в этих ситуациях лабораторная диагностика уменьшает диагностическую неопределенность, но не устраняет ее по вышеизложенным причинам, точно так же, как и МКБ-9. Составители новой классификации указывают на ограниченное значение этого критерия.

В практике оказания врачебной помощи нарколог чаще всего не сталкивается с проблемой утаивания больным своего анамнеза. Обращения за помощью в основном добровольные. Наличие наркотика в организме по праву считается наиболее объективным диагностическим критерием, но не абсолютным. В диагностических указаниях четко сказано, что сведения об употреблении психоактивных веществ желательно получать из нескольких разных источников, значение которых не преуменьшается, например, наличие у пациента наркотиков.

Представляется, что отсутствие современной материальной базы не может считаться основанием для отказа от внедрения новых методов диагностики.

Намеренная атеоретичность МКБ-10 в разделе F1 выразилась в отказе от динамического подхода, в синдромальной оценке как синдрома зависимости (болезни в традиционном понимании), так и состояния отмены (собственно синдрома). Вследствие этого систематика рассматриваемого раздела МКБ-10 стала проще, приобрела более универсальный характер, но утра-

тила патогенетическую направленность.

Соответствие теоретических постулатов отечественной наркологии новой классификации на уровне диагностики синдрома зависимости выражается в том, что описаны практически все признаки «большого наркоманического синдрома» [5], но без детального описания его составляющих, таких как синдром измененной реактивности, психической и физической зависимости. Отсутствуют некоторые «тонкие», но принципиально важные диагностические признаки. Измененные формы опьянения (кроме патологического) не упоминаются. Указано лишь, что психоактивные вещества обладают разным действием в зависимости от принятой дозы. Учитывается только рост толерантности, а не ее изменения в целом, и т.п.

При сравнении диагностики наркотической зависимости в DSM и синдрома зависимости в МКБ-10 видим, что в американской классификации зависимость определяется как “Дизадаптивный паттерн употребления наркотических веществ, ведущий к клинически выраженному нарушению или дистрессу...” [6]. Классификация ВОЗ обозначает зависимость как “сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества ... начинает занимать первое место в системе ценностей... Основной характеристикой... является потребность... принять психоактивное вещество”. Сравнение показывает, что МКБ-10 более полно отражает спектр изменений при зависимости, от физиологического до личностного уровня, при приоритетном значении последнего.

Конкретные диагностические признаки практически идентичны. В DSM-IV четко выделен критерий “из-за употребления наркотических веществ прекращается или снижается общественная и профессиональная активность, а также менее организованно проводится досуг”. Такой признак в МКБ-10 отсутствует, что можно приветствовать из-за его недостаточной структурированности и излишней “строгости”, ибо “вес” такого признака практически приравнивается по значению к таким признакам, как толерантность или абстиненция.

Диагностическая неопределенность на этапе формирования болезни (становления зависимости) не была устранена полностью в отечественной психиатрии. В МКБ-10 эта неопределенность возрастает. Например, первым признаком зависимости является «сильная потребность или необходимость» принять вещество. Где границы этой сильной потребности? Является ли

обсессивное влечение к психоактивным веществам сильным? Например, молодой человек, употребляющий спиртные напитки в рамках традиционных в славянской культуре паттернов, может обнаружить следующие признаки «синдрома зависимости». Периодическое возникновение влечения к алкоголю обсессивного характера, которое обусловлено традицией, известным транквилизирующим действием алкоголя. Рост толерантности от малых доз на этапе знакомства со спиртными напитками до более значительных, «взрослых» доз. Эпизодическая утрата количественного контроля вследствие недостаточного опыта алкоголизации. Уже по трем признакам можно диагностировать синдром зависимости от алкоголя, опираясь на критерии МКБ-10, хотя в действительности этот человек не является больным. С другой стороны, диагностика этого расстройства у лица, скрывающего свой алкогольный анамнез, может быть затруднена. Например, пациент на этапе 2-й стадии алкоголизма может в силу измененной формы опьянения и приобретенной биологической устойчивости к алкоголю не утрачивать количественного контроля выпитого. Толерантность длительное время у него остается постоянной. При значительных преморбидных ресурсах личности ее «снижение» является малозаметным и может не оказать существенного влияния на социальную успешность пациента.

Таким образом, многие больные могут не попасть в поле зрения специалиста. Эти недостатки присущи и традиционным отечественным воззрениям. Но именно поэтому клиника должна оперировать многими биологическими критериями, очень важным является динамический принцип оценки отдельных признаков [5,7]. Вышеперечисленные причины еще больше затрудняют диагностику наркоманий, по сравнению с алкоголизмом, из-за анозогнозии и нежелания больных испытывать социально-негативные последствия.

Тяжесть состояния отмены поддается оценке. В практике используются шкалированные объективные методики для количественного учета выраженности состояния отмены. Но в МКБ-10 необходимо лишь констатировать наличие синдрома в его любых проявлениях, что может привести к гипердиагностике. Вопрос остался нерешенным так же, как и в классификации предыдущего пересмотра. А ведь глубина абстиненции косвенно может свидетельствовать о длительности зависимости, уровне толерантности и т.п. Составители МКБ-10 указыва-

ют, что состояние отмены имеет место не только после длительного употребления психоактивного вещества, но и просто после его употребления в высоких дозах. Это положение представляется спорным, ведь ставится вопрос о том, что состояние отмены может развиваться без признаков зависимости (болезни в традиционном понимании). Таким образом, не учитывается один из главных диагностических признаков зависимости. Отказ от традиционной градации на 3 стадии болезни делает диагностику на первый взгляд более «легкой», особенно для неспециалистов. Однако, для разработки дифференцированного плана лечения, в том числе психотерапевтического, для эффективной реабилитации врачу-наркологу все равно придется возвращаться к традиционной систематике зависимости, понятию функционального диагноза [5, 7, 8].

Хотелось бы обратить внимание, что вне поля зрения психиатра-нарколога остаются случаи эпизодического употребления психоактивных веществ без явлений зависимости вне состояния интоксикации. Диагностическая рубрика из МКБ-9 «Злоупотребление лекарственными средствами или другими веществами без явлений наркомании и токсикомании» не нашла аналога в МКБ-10. Однако, такая рубрика является необходимой для профилактической работы. Высокая актуальность этого вопроса подчеркивается распространенностью употребления психоактивных веществ в молодежной, особенно подростковой среде. Н. Ю. Максимова и соавт. [9] указывают, что среди украинских школьников 5,5 % пробовали наркотики, среди учеников ПТУ - 10,2%, учащихся техникумов - 13,5%. По данным изучения взрослого населения США, употребляли запрещенные законом наркотики в течение года 28,3 % обследованных [7], сформированная зависимость отмечается у 6 % [10].

В американской классификации DSM-IV описаны отдельно наркотическая зависимость и злоупотребление наркотическими веществами (substance abuse). Отличием злоупотребления являются разного рода личностные и социальные проблемы, возникающие в результате повторной в течение года наркотизации без признаков зависимости [7]. В руководстве по МКБ-10 под редакцией Дж.Э.Купер [11] имеется указание о том, что “злоупотребление” можно включать в рубрики “острая интоксикация” (F1X.0) и “употребление с вредными последствиями” (F1X.1). Однако содержание этих рубрик не позволяет относить к ним все разнообразные случаи наркотизации без явлений зависимости. Поскольку

в МКБ-10 «злоупотребление» как самостоятельный диагноз отсутствует, представляется, что случаи «вторичной» наркотизации можно кодировать по «основному» заболеванию в виде расстройств личности, аффективных нарушений и т.п. Те случаи, когда нет психического расстройства, следствием которого является наркотизация, не рассматриваются как медицинская проблема. Они выносятся за пределы компетенции медиков, вероятно, в область педагогической и социальной работы.

В систематике DSM-III-R приводятся критерии трех степеней зависимости от психоактивных веществ. Легкая степень включает минимальное количество симптомов, необходимых для диагностики зависимости, в сочетании с незначительным нарушением профессионального и социального функционирования.

Тяжелая степень подразумевает наличие гораздо большего количества симптомов, чем это необходимо для установления диагноза, которые значительно затрудняют профессиональную, социальную активность и межличностные отношения. Умеренная степень занимает промежуточное положение между легкой и тяжелой [12]. Такая проработка отсутствует в МКБ-10, что затрудняет динамическую оценку состояния пациента.

Несмотря на обилие психологических, в том числе психодинамических попыток объяснения формирования болезней, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, на современном этапе общепризнанным является биологически ориентированный механизм патогенеза химической зависимости. Современные методы исследования позволили обнаружить изменения не только на организменном, клеточном, но и на молекулярном уровне. Наркотики (психоактивные вещества), специфически влияя на головной мозг, вызывают формирование синдрома зависимости; оказывают токсическое действие практически на все органы и системы организма; наркотизация родителей повышает риск формирования зависимости у детей и вызывает у них различные характерологические и поведенческие расстройства.

Развитие зависимости связывают с так называемой системой подкрепления, базирующейся в стволовых и лимбических структурах мозга и регулирующей эмоциональную, мотивационную сферу, психофизический тонус, поведение и адаптацию человека в целом. Психоактивные вещества с наркотическим действием (приводящие к развитию зависимости) активируют сис-

тему подкрепления, изменяя метаболизм нейромедиаторов. Основой развития синдрома зависимости является влияние наркотиков на нейрохимические процессы мозга, где специфически изменяется катехоламиновая нейромедиация в лимбических структурах, в частности, в системе подкрепления.

Основные эффекты наркотических веществ объясняются их взаимодействием с нейронами, расположенными в некоторых областях головного мозга. Активация данных структур в различных сочетаниях наркотическим веществом может вызвать желание принять наркотик, изменить психическое состояние и поведение, может быть связана с возникновением абстиненции.

Психоактивные вещества оказывают многогранное действие на нейроны. Молекулы наркотика взаимодействуют со специфическими рецепторами клеточных мембран. Описаны рецепторы, чувствительные к кокаину, никотину, каннабиноидам. Наиболее изученной является группа опиоидных рецепторов, число которых приближается к 20-ти. В результате взаимодействия изменяется трансмембранный ток  $Na^+$ ,  $K^+$  и  $Ca^{++}$ . С процессами деполяризации мембран нейронов в основном связывает активацию вышеописанных мезолимбических структур, сопровождающуюся интенсивным высвобождением дофамина. Кроме того, посредством сложных механизмов наркотики влияют на клеточный метаболизм вплоть до генных изменений.

Значение этих процессов остается неполностью изученным, но известно, что они имеют универсальный характер для всех веществ с наркотическим потенциалом и определяют формирование и течение болезни. Физиологическими изменениями объясняется не только физическая, но и психическая зависимость. Накопленные данные дают надежды на разработку новых методов лечения наркоманий, но количество имеющихся знаний, к сожалению, остается нереализованным в качестве методов контроля над зависимостью [13].

Вопросы трудовой экспертизы при расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ были достаточно разработаны в отечественной психиатрии и наркологии. В настоящее время медико-социальные экспертные комиссии все еще используют МКБ-9 в своей работе. С точки зрения функциональной диагностики наиболее продуктивен в оценке трудоспособности мультиаксиальный подход. Поэтому ось только психических и поведенческих рас-

стройств (раздел Y (F) МКБ-10) может быть недостаточной для экспертизы нетрудоспособности. В силу указанных причин можно в целом представить следующее. Безусловно нетрудоспособными могут быть признаны зависимые пациенты с амнестическим синдромом (F1x.6); резидуальным психотическим расстройством и психотическим расстройством с поздним (отставленным) дебютом (F1x.7), в том числе с деменцией (F1x.73). Подразумевается, что во всех перечисленных случаях имеется синдром зависимости (F1x.2), т.е. имеются критерии II-III, но чаще III стадии заболевания в терминах МКБ-9.

Ограниченно трудоспособными по классификации 9-го пересмотра считаются больные во II и III стадиях заболевания при отчетливых и продолжительных неврозоподобных расстройствах [14].

Как было указано выше, ни степени выраженности зависимости, ни динамических особенностей в виде стадий заболевания в МКБ-10 нет. Неврозоподобные расстройства в этом разделе отсутствуют, а кодировать их, используя другие разделы МКБ-10, следуя указаниям составителей, нельзя.

Таким образом, возможности применения данного раздела МКБ-10 в оценке трудоспособности больных ограничены, его использование без дальнейшей проработки и должного методического обеспечения представляется нецелесообразным.

Несмотря на наметившиеся в последние годы изменения в трактовке судебно-психиатрической оценки лиц с различными формами болезненных влечений, в отношении больных, страдающих различными формами зависимости, в практике судебно-психиатрической экспертизы используются традиционные к ним подходы как к состояниям, включающим лишь медицинский критерий невменяемости, что при отсутствии юридического критерия безоговорочно обуславливает инculpацию этих лиц. Вопрос об эксculpации ставится и тем более решается положительно достаточно редко, в основном по фактору наличия временного психического расстройства в виде психотических форм опьянения, интоксикационных психозов [15]. В рамках этого традиционного подхода МКБ-10 предлагает широкий перечень рубрик от острой интоксикации до резидуального психотического расстройства с большим количеством подразделов.

Лечение больных, зависимых от ПАВ включает 3 этапа: лишение наркотика с купировани-

ем симптомов отмены; этап восстановления с ликвидацией последствий хронической интоксикации и нормализацией физического и психического состояния больного; этап закрепления ремиссии. Сочетаются биологические и психосоциальные подходы. Значение последних на более поздних этапах лечения многократно возрастает [17, 18, 19]. Первые два этапа называют еще активной терапией.

В западной традиции они обозначаются термином “детоксикация”, хотя так могут называть и просто прекращение употребления наркотиков [2]. Этап закрепления ремиссии часто называют поддерживающей терапией. И.Н.-Пятницкая [18] указывает, что в западных странах имеет место недооценка медикаментозных методов лечения, применение их только для купирования острых состояний. Однако отечественная система лечебно-реабилитационной помощи крайне слаба в методах психотерапии и практически отсутствует в социально-психологическом звене, там, где особо активно реализуется западная система лечения и реабилитации наркоманов.

К сожалению, в связи с кризисным состоянием отечественного здравоохранения зачастую наиболее эффективную и комплексную помощь платежеспособные пациенты могут получить в частных медицинских учреждениях [20].

Лечебная тактика в отношении психических и поведенческих расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ определяется целями [6]. Целью терапии может быть устранение явлений интоксикации (передозировки) и синдрома отмены. В этом случае лечебное вмешательство кратковременное, как правило, фармакологическое. Следующей целью может быть отказ от приема психоактивного вещества. В этом случае лечебные мероприятия необходимы длительное время (до нескольких лет) и наряду с медикаментозным лечением широко должна применяться психотерапия и методы социальной реабилитации.

Примером всесторонне обоснованного подхода к лечению расстройств, связанных с приемом психоактивных веществ, разработанного с использованием МКБ-10, являются стандарты лечения наркологических больных Минздрава Российской Федерации, разработанные В.Б.Альтшулер и соавт. [21]. Они содержат основные, хотя и не всеобъемлющие, патогенетически обоснованные лечебные мероприятия.

Основным методом лечения интоксикаций и состояния отмены, помимо симптоматических

воздействий, является дезинтоксикация. Применяются как широко известные, так и всевозможные экстракорпоральные методы, особенно для лечения опийной зависимости. Следует указать гемосорбцию, плазмаферез, УФО крови.

Особо стоит упомянуть необходимость назначения блокатора постсинаптических альфа-рецепторов – клонидина при опийной абстиненции (F 11.3) и агониста дофамина-бромкриптина при отмене кокаина и других стимуляторов (F 14.3 и F 1X.3), эти средства относят к специфическим в купировании вышеупомянутых расстройств.

В западных странах широко распространены методики быстрой детоксикации при лечении опийной зависимости. Суть их состоит в назначении преимущественно только клонидина и антогагониста опиатов – налтрексона. По данным Л.С.Фридман и соавт. [6] продолжительность лечения составляет 5 дней. Существуют модификации этого метода, когда детоксикация проводится интенсивными методами (под наркозом) за 48 часов [4].

По минованию острых абстинентных явлений на первый план выходят мероприятия, направленные на купирование патологического влечения к психоактивным веществам. Наиболее эффективными считаются нейролептики широкого спектра действия (тизерцин, галоперидол, аминазин) [22, 23]. Для длительной поддерживающей терапии при любом варианте химической зависимости патогенетически обосно-

ванно назначение препаратов, регулирующих содержание нейромедиаторов, прежде всего дофамина. В ряду лекарственных средств, действующих в этом направлении, приоритетными являются антидепрессанты [24]. В зависимости от особенностей психического состояния их сочетают с нейролептиками.

Наряду с критикой, необходимо отметить, что новая классификация позволяет довольно полно охарактеризовать состояние пациента путем постановки нескольких диагнозов, не вступая в противоречие с традиционной диагностикой. Например, можно выставить основной диагноз «состояние отмены алкоголя с делирием» (F10.40); в качестве дополнительных использовать «синдром зависимости от алкоголя, постоянное употребление» (F10.25) и «расстройство личности или поведения вследствие употребления алкоголя» (F10.71).

Хотелось бы обратить внимание молодых коллег, начинающих изучать наркологию, что умением свободно оперировать диагностическими рубриками новой классификации клиническое мастерство вовсе не исчерпывается. Составители МКБ-10 указывают, что она не претендует на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах [11]. Таким образом, новая диагностика для плодотворного участия в терапевтическом процессе должна сочетаться с глубоким знанием патогенеза изучаемых расстройств.

*Д.С Лебедев*

## **ПРО СУЧАСНІ МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**

Донецький державний медичний університет, Україна

Детально проаналізована структура та зміст глави F1 міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду. Проаналізовано співвідношення традиційних вітчизняних наркологічних концепцій та сучасних діагностичних поглядів. Дани коментарі стосовно використання нової класифікації у вирішенні нагальних практичних задач. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 19-25)

*D.S Lebedev*

## **ABOUT MODERN INTERNATIONAL APPROACHES TO DIAGNOSIS OF PSYCHICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY USING OF PSYCHOACTIVE ISSUIS**

Donetsk State Medical University, Ukraine

The structure and content of chapter F1 from International Classification of Diseases ( 10-th version) was analysed in detail. The rational of traditional domestical narcological conceptions and modern diagnostical views was analysed.

Comments for using of new classification for actual practical problems solution were given. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 19-25)

## Литература

1. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. -К.: -Факт, 1999. -272с.
2. М.Гельдер, Д.Гэт, Р.Мейо. Оксфордское руководство по психиатрии. -К.: Сфера, 1997. -436с.
3. Л.В.Власенко. Переход на МКБ-10 в наркологии. Вісник АПУ, №2, 99 с.84-89.
4. A.Seoane et al. Обзор современной психиатрии. Вып.3, 1999, с.77-84.
5. А.А.Портнов, И.Н.Пятницкая. Клиника алкоголизма. -Л.: Медицина, 1971. -390с.
6. Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Х.Робертс, С.Е.Хайман. Наркология. Перевод с английского. -М.; Спб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский Диалект», 1998. -318с.
7. Алкоголизм: Руководство для врачей// Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. -М.: Медицина, 1983. -432с.
8. В.А.Абрамов, С.А.Пуцай, И.И.Кутько. Функциональная диагностика психических заболеваний// Метод. рекомендации. -Донецк, 1990. -14с.
9. Н.Ю.Максимова, К.Л.Мілютіна, В.М.Піскун. Основи дитячої патопсихології: Навчальний посібник. -К.: Перун, 1996. -464с.
10. J.M.Wiener, N.A.Breslin. The behavioral sciences in psychiatry. -New Delhi: B.I.Waverly Pvt Ltd - 1995. -376 p.
11. Карманное руководство к МКБ-10 : Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). Под ред. Дж.Э.Купер. К.: Сфера, 2000. – 464 с.
12. Діагностичні критерії з DSM-III-R. – Переклад з англійської. – К.: Абрис, 1994. – 272 с.
13. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1997.- N 9.- С. 5-10.
14. Руководство по психиатрии (Под ред. А.В.Снежневского). -Т.1. -М: Медицина, 1983. -480с.
15. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М. 1996. -33с.
16. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1998. – 528 с.
17. Б.М.Гузиков, О.Ф.Ерышев. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии. Сб. научн. тр. НИИ им. В.М.Бехтерева, 1989, с.7-11.
18. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
19. Софронов А.Г. Клинико-экспериментальное обоснование новых подходов к оказанию психиатрической и токсикологической помощи при злоупотреблении опиатами. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. С.-Пб. 1995. -41с.
20. D.S.Lebedev, S.V.Teslenko, V.A.Abramov, V.G.Kleshnja, T.M.Levitan. The advantages of addicted patients care in private medical institutions of Ukraine. Mental health policy and economics. Budapest, 1997. P.35.
21. Альтшуллер В.Б., Рохлина М.Л., Стрелец Н.В. и соавт. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Здравоохранение. 1998, №8, с.98-112; №9, с.97-107.
22. Drugs, society and human behavior. Ray O., Ksir Ch. – 5<sup>th</sup> ed. Times Mirror / Mosby. St.Louis. Toronto. Boston. 1990. 434 p.
23. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Использование нейролептиков в лечении опийной наркомании. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1999.- N 6.- С.29-34.
24. Синицкий В.Н. Наркомания. Современные представления. Врач. дело, 1999.- N 7.- С.23-25.

Поступила в редакцию 26.10.2000г.

УДК 616.895.8+616.89-008.1-056.83:612.6.05

*А.А. Двирский***ШИЗОФРЕНОАЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ НА ФОНЕ СКРЫТОЙ И ПРОЯВИВШЕЙСЯ ЭПИЛЕПСИИ**

Крымский медицинский университет, Симферополь, Украина

Ключевые слова: шизофрения, шизофреноалкогольные психозы, алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, скрытая и проявившаяся эпилепсия

В число актуальных проблем современной психиатрии входит проблема коморбидных состояний при шизофрении, в частности, ее сочетание с алкогольными психозами и алкоголизмом [15, 17, 18]. Истоки этой проблемы относятся к первой половине прошлого столетия. Харьковский профессор П.А. Бутковский [2], описывая клинику бешенства, соответствующую параноидной шизофрении, указывал на возможность его сочетания с “горячками от вина” и отмечал неблагоприятное течение в случаях «сопряжения с падучею болезнью”. В последующем В. Грингером [4] и другими исследователями [3] отмечалось неблагоприятное влияние скрытой и проявившейся эпилепсии на клинические проявления шизофрении.

В 1909 году К. Graether [16] описал случаи шизофрении, в дебюте которой наблюдалась белая горячка. К настоящему времени 13 различными исследователями [6] обследовано 87 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием. В ряде работ описывалось сочетание шизофрении с алкогольным галлюцинозом [5, 13]. Вместе с тем при исследовании

сочетаний шизофрении с алкогольными психозами не обращалось внимание на наличие эпилептических припадков и их влияние на течение шизофренического процесса. Широкая распространенность скрытой эпилепсии (12,0%) в населении [20] указывает на возможность проявления эпилепсии у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами. Этому может способствовать выявление эпилептических припадков при синдроме отмены алкоголя у больных алкоголизмом [9], алкогольным делирием [1, 7], а также у больных шизофренией во время гипогликемии при инсулинотерапии [3] и лечении нейролептиками [12].

В связи с изложенным, основной целью работы явилось изучение у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами, частоты эпилептических припадков, проявляющихся во время алкогольной абстиненции, алкогольного делирия и при инсулинотерапии, а также исследование модифицирующего влияния скрытой эпилептической предрасположенности на сочетание шизофреноалкогольных психозов и клинические проявления шизофрении у этих больных.

**Материал и методы исследования**

На базе Крымских психиатрических больниц и Крымского психиатрического диспансера выявлено 175 больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами, в число которых вошло 149 случаев, представленных сочетанием алкогольного делирия и шизофрении в той или иной последовательности, 9 случаев алкогольного галлюциноза в сочетании с шизофренией, 4 случая сочетания алкогольного параноида с шизофренией и 13 пациентов, у которых сочетались алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз и шизофрения. Среди обследованных 139 мужчин и 36 женщин в возрасте от 22 до 73 лет. Возраст начала шизофрении составлял от 17 до

55 лет. Квалификация шизофрении, ее форм и типов течения, а также алкогольных психозов осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ - 10 [10].

По формам шизофрении 175 обследованных больных представлены так: простая - 5, параноидная - 169, кататоническая - 1 больной. По типам течения больные распределились следующим образом: непрерывно - прогрессивное - 52, приступообразно - прогрессивное - 86 и рекуррентное - 37 случаев. В качестве контроля использовались данные о 310 больных шизофренией, куда входило 242 мужчин и 68 женщин, у которых не обнаруживалось сопутствующего

алкоголизма. Соотношение мужчин и женщин в основной и контрольной группах не отличалось.

Среди 175 больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами в 38 случаях отмечались эпилептические припадки. У 21 больного они проявились во время гипогликемии при инсулинотерапии, которые в 6 из этих случаев обнаруживались в последующем и вне ее. При этом у двух больных эти пароксизмы также наблюдались и в состоянии алкогольной абстиненции. Тонико-клонические приступы выявлялись в состоянии абстиненции или алкогольного делирия у 11 больных, у 5 из которых они проявлялись и вне этих состояний. Очень редкие эпилептические припадки обнаруживались на фоне

приема нейролептиков у 3 больных. В возрасте до 4 лет они выявлялись у 2 больных и у 1 больного эти пароксизмы проявлялись в возрасте 18 - 19 лет после легкой черепно-мозговой травмы. В качестве контроля частоты эпилептических припадков проанализирована их частота у 2417 больных с алкогольным делирием, среди которых эти пароксизмы отмечались в 239 случаях во время алкогольной абстиненции или во время психоза.

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

В структуре 175 больных шизофренией, перенесших алкогольные психозы, частота простых шизофреноалкогольных психозов составляла 92,6% случаев. В их число входили сочетания алкогольного делирия и шизофрении в той или иной последовательности (85,2%), а также сочетания алкогольного галлюциноза и шизофрении (5,1%), алкогольного параноида и шизофрении (2,3%). Сложные шизофреноалкогольные психозы, представленные сочетанием алкогольного делирия, алкогольного галлюциноза и шизофрении, наблюдались в 7,4% случаев. Общая частота шизофреноалкогольных психозов, включающих алкогольный делирий, составляла 92,6%, что в 12,5 раза превышало частоту шизофреноалкогольных психозов, куда входили сочетания алкогольного галлюциноза и шизофрении, алкогольного параноида и шизофрении (7,4%) ( $P < 0,001$ ). Следовательно, среди больных с шизофреноалкогольными психозами сочетание шизофрении с алкогольным делирием является преобладающим.

Анализ соотношения шизофреноалкогольных психозов у 38 больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами на фоне скрытой и проявившейся эпилепсии (I группа) и 137 больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами без эпилептической предрасположенности (II группа) показал, что частота сочетаний шизофрении и алкогольного делирия в той или иной последовательности не отличалась и соответственно составляла 81,5 и 86,1%. Сочетание алкогольного галлюциноза с шизофренией у больных I группы не наблюдалось, тогда как во II группе его величина составляла 6,6% ( $P < 0,01$ ). Это различие происходит в результате того, что у больных I группы отмечается тен-

денция к увеличению в 3,5 раза частоты сочетаний алкогольного параноида с шизофренией (5,3%) и повышению в 2,3 раза алкогольного делирия, галлюциноза и шизофрении (13,2%) в сравнении со II группой, где соответствующие показатели были равны 1,5 и 5,8%.

У 175 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами, частота скрытой и проявившейся эпилепсии составляет 21,7% случаев, что превышает в 2,8 раза частоту эпилептических припадков, возникших при инсулинотерапии (7,8%) у 1538 больных шизофренией [4], и в 2,2 раза частоту эпилептических припадков, наблюдаемых у 2417 больных в состоянии алкогольной абстиненции или во время алкогольного делирия (9,9%) ( $P < 0,001$ ). Высокая частота скрытой и проявившейся эпилепсии у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами, обусловлена тем, что среди них преобладали больные шизофренией в сочетании с алкогольным делирием (92,6%). При этом у 162 больных с шизофреноалкогольными психозами, включающими алкогольный делирий, частота скрытой и проявившейся эпилепсии (22,2%), имеет тенденцию к увеличению в сравнении с 13 больными шизофренией в сочетании с алкогольным галлюцинозом или алкогольным параноидом (15,4%).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что алкогольный делирий проявляется чаще у больных шизофренией, генотипические особенности которых характеризуются скрытой или проявившейся эпилепсией. Эти данные хорошо согласуются с концепцией экзогенного типа реакций К. Vonhoffer [14], куда относятся делириозные и эпилептические состояния.

Среди 38 больных I группы, у которых эпи-

лептические припадки наблюдались при инсулинотерапии, алкогольной абстиненции или при алкогольных психозах, в 28,9% случаях пароксизмы наблюдались и вне этих состояний. В 7,9% случаев эпилептические припадки выявлялись в возрасте до 4 лет и в возрасте 18 - 19 лет после легкой черепно - мозговой травмы. В этом контингенте больных шизофренией, помимо скрытой эпилепсии, выявлена высокая частота (36,8%) проявившейся эпилепсии.

Частота случаев с возрастом начала прояв-

ления шизофрении (табл. 1) до 35 лет у 38 больных I группы (63,2%) увеличена в 1,5 раза в сравнении с 137 больными шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами (II группа), у которых отсутствовала эпилептическая предрасположенность (43,1%), ( $P < 0,05$ ). При этом у больных шизофренией II группы обнаруживается увеличение на 20,0% частоты наблюдений с манифестацией эндогенного процесса в возрасте от 40 до 54 лет (35,8%) в сравнении с сопоставляемым контингентом больных (15,8%) ( $P < 0,01$ ).

Таблица 1

**Распределение больных по возрасту начала шизофрении в сочетании с алкогольными психозами на фоне скрытой и проявившейся эпилепсии, без нее и в контрольных исследованиях**

Возраст начала психоза	1 группа		2 группа		Всего		Контрольная группа	
	N	%%±m	N	%%±m	N	%%±m	N	%%±m
До 19	4	10,5±5,0	1	0,7±0,6	5	2,9±1,3	69	22,3±2,4
20-24	5	13,2±5,5	16	11,7±2,7	21	12,0±2,5	71	22,9±2,4
25-29	5	13,2±5,5	17	12,4±2,8	22	12,6±2,5	64	20,6±2,3
30-34	10	26,3±7,1	25	18,2±3,3	35	20,0±3,0	53	17,1±2,1
35-39	8	21,1±6,6	28	20,4±3,4	36	20,6±3,1	26	8,4±1,6
40-44	2	5,3±3,6	27	19,7±3,4	29	16,6±2,8	14	4,5±1,2
45-49	3	7,9±4,4	12	8,8±2,4	15	8,6±2,1	8	2,6±0,9
50-54	1	2,6±2,6	10	7,3±2,2	11	6,3±1,8	4	1,3±0,6
55-59	0	0,0±0,0	1	0,7±0,6	1	0,6±0,6	1	0,3±0,3
Всего	38	100,0	137	100,0	75	100,0	310	100,0

Соотношение синдромальных форм шизофрении у 38 больных со скрытой эпилептической предрасположенностью, перенесших алкогольные психозы (табл. 2), не отличается от 137 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами без скрытой эпилептической предрасположенности ( $P > 0,3$ ).

В общем контингенте 175 больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами (табл. 2) распределение синдромальных форм отличалось от 310 больных шизофренией в контрольных исследованиях ( $\chi^2=10,93$  при  $k=2$ ,  $P < 0,01$ ). У этих больных частота параноидной формы (96,5%) увели-

чена на 7,8%, а простой формы (2,8%) уменьшена в 2,9 раза в сравнении с больными контрольной группы, где соответствующие величины составляли 88,7 и 8,1% ( $P < 0,01$ ). Частота кататонической формы в основной группе (0,6%) наблюдалась в 5,3 раза реже, чем в контрольном контингенте больных (3,2%) ( $P < 0,05$ ).

Распределение типов течения в I группе больных шизофренией со скрытой эпилептической предрасположенностью, перенесших алкогольные психозы (табл. 3), отличается от II группы больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами ( $\chi^2=15,81$  при  $k=2$ ,  $P < 0,001$ ).

**Формы шизофрении в сочетании с алкогольными психозами на фоне скрытой и проявившейся эпилепсии, без нее и в контрольных исследованиях**

Формы шизофрении	1 группа		2 группа		Всего		Контрольная группа	
	абс.	%%±m	абс.	%%±m	абс.	%%±m	абс.	%%±m
Простая	1	2,6±2,5	4	2,9±1,4	5	2,8±1,3**	25	8,1±1,5
Параноидная	37	97,4±2,6	132	96,4±1,6	169	96,5±1,4***	275	88,7±1,8
Кататоническая	0	0,0±0,0	1	0,7±0,6	1	0,6±0,5*	10	3,2±1,0
Итого	38	100,0	137	100,0	175	100,0	310	100,0

Это отличие происходит в результате повышения у больных шизофренией I группы в 2,1 раза частоты прогрессивного течения заболевания (50,0%) и снижения в 3,1 раза частоты рекуррентного течения (7,9%) в сравнении с большими сопоставляемого контингента больных (табл. 3), где соответствующие величины составляли 24,1 и 24,8% ( $P < 0,01$ ). Частота приступообразно - прогрессивного течения шизофре-

нии в этих группах больных не отличалась.

Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии скрытой и проявившейся эпилепсии на течение шизофрении, сочетающейся с алкогольными психозами. Они подтверждают указания исследователей [2,3,4] о том, что скрытая эпилептическая предрасположенность, является фактором неблагоприятного течения этого эндогенного психоза.

Таблица 3

**Типы течения шизофрении в сочетании с алкогольными психозами на фоне скрытой и проявившейся эпилепсии, без нее и в контрольных исследованиях**

Типы течения шизофрении	1 группа		2 группа		Всего		Контрольная группа	
	абс.	%%±m	абс.	%%±m	абс.	%%±m	абс.	%%±m
Прогрессивный	19	50,0±8,1**	33	24,1±3,7	52	29,7±3,5**	132	42,6±2,8
Шубообразный	16	42,1±8,0	70	51,1±4,3	86	49,2±3,8	149	48,1±2,8
Рекуррентный	3	7,9±4,4**	34	24,8±3,7	37	21,1±3,1***	29	9,3±1,7
Итого	38	100,0	137	100,0	175	100,0	310	100,0

Соотношение типов течения шизофрении у 175 больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами (табл. 3) отличалось от 310 больных шизофренией контрольной группы ( $\chi^2=33,49$  при  $k=2$ ,  $P < 0,001$ ). У больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами, прогрессивное течение (29,7%) уменьшено в 1,4 раза, а рекуррентное течение (21,1%) увеличено в 2,3 раза в сравнении с контрольным контингентом больных, в котором соответствующие величины составляли 42,6 и 9,3% ( $P < 0,01$ ). Не выявлено отличий в частоте приступообразно - прогрессивного тече-

ния в сопоставляемых контингентах больных шизофренией.

Таким образом, в структуре шизофреноалкогольных психозов сочетание шизофрении с алкогольным делирием является преобладающим. У больных шизофренией в сочетании с алкогольными психозами обнаружена высокая частота скрытой и проявившейся эпилепсии, которая оказывает влияние на структуру шизофреноалкогольных психозов. Шизофрения, сочетающаяся с алкогольными психозами, на фоне скрытой и проявившейся эпилепсии, характеризуется неблагоприятным течением, что выражается в

более ранней ее манифестации и увеличении частоты непрерывно - прогрессивного течения. Благоприятное течение шизофрении, сочетаю-

щейся с алкогольными психозами, происходит преимущественно за счет больных шизофренией без эпилептической предрасположенности.

*А.А. Двирський*

## **ШИЗОФРЕНОАЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОФРЕНІ НА ФОНІ ПРИХОВАНОЇ ЕПІЛЕПСІ І ЕПІЛЕПСІ, ЩО ПРОЯВИЛАСЯ**

Кримський медичний університет, Сімферополь

В структурі 175 випадків шизофреноалкогольних психозів сполучення шизофренії з алкогольним делірієм є таким, що переважає (92,6%). У таких хворих виявлено високу частоту (21,7%) прихованої епілепсії і епілепсії, що проявилася, яка чинить вплив на структуру шизофреноалкогольних психозів. Шизофренія, яка сполучена з алкогольними психозами, на фоні епілепсії характеризується тяжким перебігом, що проявляється у більш ранній її манифестації і збільшенні безперервно - прогресивного перебігу. Підвищення частоти випадків з доброякісним перебігом шизофренії, що сполучена з алкогольними психозами, стається переважно за рахунок хворих на шизофренію без схильності до епілепсії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 26-30)

*A.A. Dvirsky*

## **SCHIZOPHRENIC-ALCOHOLIC PSYCHOSES AND CLINICAL FEATURES OF SCHIZOPHRENIA ON THE BACKGROUND OF LATENT AND REVEALING EPILEPSY**

Crimean Medical State University, Simferopol

In the structure of 175 cases of schizophrenic alcoholic psychoses the combination of schizophrenia with alcoholic delirium have been prevailed (92.6%). In these patients we found high frequency (21.7%) of latent and revealing epilepsy that influence on the structure of schizophrenic alcoholic psychoses. Schizophrenia combining with alcoholic psychoses on the background of latent and revealing epilepsy characterizes by unfavourable course that was expressed in more earlier manifestations and increasing of progressive course of disease. Favourable course of schizophrenia combining with alcoholic psychoses occurs due to patients without predisposition to epilepsy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 26-30)

### *Литература*

1. Бурдаков А.В. Эффективность купирования алкогольного делирия разными методами //Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - №1. - С. 65 - 69.
2. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.).-СПб., 1834. - Ч. 1 - 168 с.
3. Гласнер А.К. Особенности клинических проявлений шизофрении у больных с эпилептическими припадками при инсулинотерапии: Автореф. дис... канд. мед. наук: М., 1991. - 28 с.
4. Гринингер В. Душевные болезни Пер. со 2 - го немец. изд. Петербург, 1867. - 610 с.
5. Двирский А.А. Особенности клиники и опасные действия при шизофрении в сочетании с алкогольным галлюцинозом //Таврический журнал психиатрии. - 1998. - Т. 3. - №8. - С. 59 - 63.
6. Двирский А.А. Формы шизофрении и их течение при сочетании с алкогольным делирием //Український вісник психоневрології 1999. - №2. - С. 61 -63.
7. Карпак В.М. Пароксизмальные расстройства в клинике алкоголизма (Обзор): //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 1989. - №7. - С.132 - 140.
8. Кербиков О.В. К структуре и генезу делириозного и аментивного состояний - //Труды психиатрической клиники 1 - го Московского медицинского института и института невро - психиатрической профилактики им. П.В. Крамера - М., 1937 - С. 60 - 81.
9. МакДональд Д., Твардон Э.М., Г. Дж. Шаффер Г.Дж.. Алкоголь - Наркология: Пер с англ. - СПб.: Изд - во "БИНОМ", 1998. - С. 115 - 142.
10. 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.
11. Шейдер Р. Шизофрения - /Психиатрия. - М.: Практика, 1998. - С. 395 - 425.
12. Шейдер Р., Мак - Кой М., Тинтинелли Д., Глинблат Д. Экстренные соматические состояния. Отравление психотропными препаратами. - /Психиатрия. - М.: Практика, 1998. - С. 146 - 176.
13. Benedetti G. Die Alkoholhalluzinosen. - Stuttgart: Thieme, 1952.- 58 s.
14. Bonhoeffer K. Die exogenen reaktionstypen: //Arch. F. Psychiatrie. - 1917. - Bd. 58. - S. 58 - 70
15. Drake R.E., Mueser K.T. Dual diagnosis of major illness and substance abuse. Vol. 2: recent research and clinical. - Jossey - Bass, 1996. - 118p.
16. Graeter K. Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. - Zurich, 1909.
17. Jeste D.V., Gladsjo J.A., Lindamer L.A., Laero J.P. Medical comorbidity in schizophrenia: //Schizophrenia bull. - 1996. - V.22. - №3. - P. 413 - 431.
18. Kaplan H., Sadock B. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8 th edition - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.
19. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins, //Z. ges. Neurol. Psychiatr. 1920. - Bd. 62. - №1. - S. 1 - 29
20. Lennox W. C. Epilepsy and related disorders. - Boston: Little Brown, 1960.
21. Sander T., Harms H., Finckh U., Nickel B., Rolfs A., Rommelspacher H., Schmidt L. Allelic association of dopamine transporter gene polymorphism in alcohol dependence with withdrawal seizures or delirium //Biol. Psychiatry. - 1997. - Feb 1. - №41(3). - P. 299 - 104.
22. Willner P. The dopamine hypothesis of schizophrenia: current status, future prospects //Int. clin. psychopharmacol. 1997. - Nov. №12 (6). - P. 297 - 308.

Поступила в редакцию 16.05.2000г.

УДК 616.89-008.442:616.891.7

*А.А.Зайцев***ЛИЧНОСТНЫЕ АНОМАЛИИ И ПОДРОСТКОВАЯ СЕКСУАЛЬНАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ**

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава, Украина

Ключевые слова: подростки, личностные аномалии, сексуальная преступность

По данным МВД Украины, за совершение половых преступлений к уголовной ответственности ежегодно привлекаются более тысячи человек, среди которых около половины составляют подростки. Медицинский аспект сложной медико-социальной проблемы сексуальной преступности объясняется тем, что у лиц, совершающих половые преступления, в подавляющем большинстве имеются разного рода психопатологические изменения личности [1, 2, 3].

У несовершеннолетних преступников такие изменения усугубляются особенностями подростко-

вого возраста. И если личностные характеристики и некоторые стороны взаимодействия со средой подростков с отклоняющимся поведением достаточно освещены в литературе [4,5], то влияние аномалий личности на характер и специфику половых преступлений изучены недостаточно.

Целью исследования было изучение фактов сексуальных преступлений в Полтавской области за период с 1993 по 1998 гг. и установление зависимости проявлений сексуальной преступности от типов аномалий личности совершивших их подростков.

**Материал и методы исследования**

Объектом нашего исследования были 327 подростков, которые совершили сексуальные преступления и были привлечены к уголовной ответственности по ст.117 (изнасилование), ст.118 (удовлетворение половой страсти в извращенной форме) и ст.121

(развращение несовершеннолетних) УК Украины.

В качестве основных методов исследования нами были избраны клинический и экспериментально-психологический (с применением ПДО и методики Кеттела [6]) методы.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Проведенное обследование выявило определенные личностные аномалии в виде различных типов акцентуаций и психопатий у 265 (81%) подростков, совершивших преступления на сексуальной почве. Остальные 62 (19%) обследованных по своим характерологическим особенностям приближались к гармоничному (сбалансированному) складу личности.

Данные распределения различных типов личностных радикалов представлены в таблице 1.

Как следует из данных таблицы, среди подростков, совершивших сексуальные преступления, доминировали лица с эпилептоидными, неустойчивыми и истероидными чертами характера, и с теми же типами психопатии.

Наиболее многочисленной была группа обследованных с преобладанием эпилептоидного характерологического типа. Эти подростки во время осмотра держали себя подчеркнуто независимо, зачастую отчужденно, высокомерно.

Отвечать на вопросы предпочитали односложно, по типу “да – нет”. Установить с ними необходимый психологический контакт удавалось с большим трудом, а полностью расположить к себе обследуемого удалось лишь менее, чем в половине случаев. В рассказе о случившемся большинство таких подростков ограничивались полуправдой или вообще давали ложную информацию. Их речь изобиловала вулгаризмами, уголовными лексическими оборотами. Материалы уголовного дела они трактовали субъективно, ставя под сомнение или прямо отрицая правдивость показаний потерпевшей и свидетелей. Значительную часть своей вины перекладывали на соучастников, пытаясь выгородить себя и тем самым уйти от ответственности. Достаточно часто подростки этой категории имели определенные юридические знания, хорошо ориентировались в сложившейся ситуации и процессуальных аспектах ведения следствия. О потер-

певшей практически все они высказывались презрительно, с нескрываемой злобой и отвращением, зачастую видя в ней, а не в своих действиях причину привлечения к уголовной ответственности. Только одна треть опрошенных из этой группы признала, что заслужила привлечение к уголовной ответственности; высказывания остальных варьировались от собственной само-

оценки “жертва обстоятельств” до активно выражаемого чувства несправедливости, различного рода жалоб на неправомерность ведения следствия или голословных заявлений типа “меня подставили”. Относительно перспективы длительного тюремного заключения подростки данной группы старались ничем не выдать возможную тревогу или страх.

Таблица 1

Типы аномалий личности у обследованных подростков.

Ведущий личностный радикал (характерологический тип)	Акцентуации характера		Психопатии	
	абс.ч	в %	абс.ч	в %
Гипертимный	24	12,6	8	8,9
Шизоидный	21	11,9	-	-
Психастенический	2	1,1	-	-
Эпилептоидный	54	33,5	49	55,0
Истероидный	32	18,2	19	21,4
Лабильный	4	2,3	-	-
Неустойчивый	39	19,3	13	14,6
Всего	176	-	89	-

Лица, с преобладанием истероидного типа, значительно отличались от рассмотренной выше группы. Необходимый контакт устанавливался с ними достаточно легко. В беседе они были многоречивы, вели себя нагло, фамильярно, поведение их отличалось явной демонстративностью с большой долей позерства и театральности. Во многих случаях и у этих подростков отсутствовала адекватная оценка ситуации, но для них была характерна завышенная самооценка, склонность к манерной аффектации. В беседе они стремились создать у эксперта мнение о себе, как о “деловых”, “бывалых” парнях. В своей речи, в которой сознательно подчеркивалась молодежно-арготическая манера с обилием специфических сленговых оборотов, подростки с удовольствием щеголяли знанием уголовной терминологии. В подавляющем большинстве случаев произошедшее они описывали субъективно, выдвигая собственную версию. Свою вину в содеянном полностью отрицали, указывая на отсутствие состава преступления, поскольку, по их мнению, все происходило по взаимному согласию и вполне добровольно. Главную причину,

приведшую их на скамью подсудимых, видели в поведении жертвы, о которой высказывались презрительно, высокомерно, с искусственным возмущением. Относительно правосудия и возможного длительного срока лишения свободы представители этой группы отвечали с демонстративным безразличием либо неадекватной бравадой.

Неустойчивый характерологический тип, как правило, включал в себя проявления всей палитры черт других характерологических типов: от психастенического или лабильного до эпилептоидного или гипертимного. Однако неустойчивый радикал преобладал по сравнению с другими, был подавляющим, что дало основание выделить этих подростков в отдельную группу. Характерными для них были частая смена настроения в течение короткого времени, эмоциональная лабильность, быстрый переход от злобной отчужденности, замкнутости к доброжелательности и откровенности по отношению к врачу. Легкость впадения в состояние аффекта сочеталась с отсутствием какого-либо волевого напряжения и стеничности.

Поведение этих подростков во время экспертизы отличалось большим разнообразием, быстро меняясь от слащавого подхалимажа, слезливого заискивания до брутальности, хамства, неприкрытой враждебности по отношению к окружающим. При этом при наличии достаточной жесткости и последовательной императивности врачу нетрудно было вернуть течение беседы в нормальное русло.

Относительно совершенного преступления большинство подростков данной группы соглашались с фактами, изложенными в уголовном деле, в основном подтверждая показания жертвы, свидетелей, соучастников. Свою вину в содеянном они, как правило, осознавали, причем наряду с формальным ее признанием довольно часто высказывали и искреннее раскаяние. В отношении жертвы иногда даже проявляли жалость, примитивное сочувствие, зачастую вплоть до некоторой инфантильной сентиментальности.

В процессе исследования выяснилось, что при психопатии ведущие характерологические черты становились патогенными, основные личностные радикалы были более выкристаллизованы, что достаточно часто приводило к образованию устойчивых и, как правило, “мозаичных” (сочетанных) вариантов патологии.

Чаще всего встречался эпилептоидно-неустойчивый тип психопатии. Соединение эпилептоидного и неустойчивого личностных радикалов создавало максимально ущербную в социальном плане личность, для которой не существует каких-либо общественных норм, морально-этических табу, и характерна необычайная легкость перехода от делинквентного поведения к криминальному. Сексуальность этих подростков была также деформированой. Типичными были промискуитет, различного рода девиантные проявления (садистические тенденции, агрессивно-окрашенный транзиторный гомосексуализм и др.). Не случайно преступления, совершенные подростками этой группы, были самыми жестокими, с наиболее тяжкими для потерпевшей последствиями. Лица с эпилептоидно-неустойчивой психопатией чаще всего выступали в качестве лидеров неформальных молодежных группировок, их роль в совершении преступления, как правило, была ведущей.

При эпилептоидно-истероидном варианте пси-

хопатии на фоне определяющих личность эпилептоидных черт проявлялся выраженный эгоцентризм, претенциозность и демонстративность. Среди преступлений, совершенных этой группой подростков, преобладало удовлетворение половой страсти в извращенной форме, насильственные плуралистические коитусы. Все эти подростки категорически отрицали свою вину в содеянном.

В значительно меньшей степени ведущим в личности обследованных являлся гипертимный радикал. При гипертимном типе психопатии, обычно в ее гипертимно-неустойчивом, гипертимно-истероидном и гипертимно-эксплозивном вариантах было характерно накладывание на гипертимное ядро черт другого личностного радикала, который и определял ее вариабельность.

Совершение преступления обследованными этой группы носило прежде всего ситуативный характер, когда криминальное поведение подростка определялось влиянием со стороны (давлением соучастников, поведением жертвы, алкоголизацией и др.). В сексуальности этих лиц, которая хотя и имела гедонистическую, потребительскую основу, ярко проявлялся подростковый любовный дуализм. Большинство представителей этой группы имело в своей микросреде возлюбленных или предмет обожания, но по отношению к ним сексуальные проявления носили сугубо романтический, платонический характер.

Другие выявленные при обследовании характерологические типы (психастенический, лабильный, шизоидный и др.) встречались в единичных случаях и не влияли на общую патологическую характеристику изученного контингента подростков.

Таким образом, подростки, совершившие половые преступления, имеют личностные аномалии в диапазоне “акцентуации характера – психопатии”, причем доминирующими характерологическими радикалами обычно являются эпилептоидный, истероидный, неустойчивый и гипертимный, преимущественно в смешанном их варианте. Во многом подобные патопсихологические особенности подростков-сексуальных преступников определяли и характер совершенных ими преступлений. Полученные результаты следует учитывать при проведении следственной, судебно-экспертной и в последующем реабилитационной работы.

*О.О. Зайцев*

## **ОСОБИСТІСНІ АНОМАЛІЇ І ПІДЛІТКОВА СЕКСУАЛЬНА ЗЛОЧИННІСТЬ**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава.

У роботі розглянутий вплив аномалій особистості на характер і специфіку статевих злочинів підлітків на основі дослідження, проведеного по фактах скоєння сексуальних злочинів у Полтавській області в 1993-1998 рр.. Відзначено залежність характерних рис злочинів на сексуальному ґрунті від типів особистісних аномалій підлітків, що їх вчинили. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 31-34)

*A.A. Zaitsev*

## **ANOMALIES OF PERSONALITY AND TEENAGE SEXUAL CRIMINALITY**

Ukrainian medical stomatological academy, Poltava.

In work the influence of the anomalies of the personality upon the peculiarities and specificity of teenagers' sexual crimes is considered on the research findings about the facts of sexual perpetrations in the Poltava area in 1993-1998. The dependence of characteristics of crimes with sexual reasons from types of teenagers' personality anomalies, who have made them is marked. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 31-34)

### *Литература*

1. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии.- М.: Наука, 1987.- 208 с.
2. Гульман Б. Л. Сексуальные преступления.- Харьков, 1994.- 272 с.
3. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.- Харьков, 1999.- 1152 с.
4. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение подростков.- Минск: Беларусь, 1988.- 207 с.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руковод. для врачей.- Л.: Медицина, 1985.- 416 с.
6. Cattell R. B., Eber H. W., Tatsuoka M. M. Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire.- Illinois, 1970.- 700 p.

Поступила в редакцию 16.04.2000г.

УДК 616.853-053.37/7-073.756.8

*В.С.Подкорытов, А.Л.Горб***ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: дети, эпилепсия, диагностика, компьютерная томография.

В детском возрасте эпилептические приступы встречаются в 6-8 раз чаще, чем у взрослых [1]. Распространенность разного рода судрог у детей, по данным некоторых авторов, не менее 15-20 на 1000. Причем у детей с нервно-психическими заболеваниями они встречаются в 10-15 % случаев, что, с одной стороны, объясняется анатомо-физиологическими особенностями нервной системы ребенка, с другой – характером его болезни [2, 3]. Предполагается, что у части этих больных имеется органическая основа заболевания. По данным Н.Gastaut, органические поражения головного мозга у таких больных выявляются в 46 % случаев [6]. В то же время, по данным А.Guberman [7], структурные изменения центральной нервной системы имеют место у них в 26 % случаев.

Опыт последних лет показывает, что широкое внедрение в клиническую неврологическую практику нейровизуализирующих методов значительно повысило качество диагностики эпилепсии в детском возрасте.

С организацией в 1992 году в г.Херсоне Областного противопароксизмального центра методы компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) были включены в стандартизованные скрининговые программы диагностического обследования больных, страдающих эпилептическими приступами.

Целью работы явилась оценка возможности магнитно-резонансной и компьютерной томографий в диагностике морфологического субстрата эпилептических приступов у детей.

В 1997-1998 гг. в неврологическом отделении Херсонской ОДКБ находилось 198 детей, страдающих эпилепсией и эпилептическими синдромами. Обязательному нейровизуализирующему обследованию подлежали дети с впервые выявленными приступами эпилептического круга. Всего было обследовано 78 больных, из них мальчиков – 35, девочек – 43.

В возрасте до 1 года было – 6 больных (7,8%); от 1 до 3-х лет – 9 больных (11,8 %); 3-7 лет – 18 больных (23,6 %); 7-14 лет – 43 больных (56,5 %).

У всех больных в клинической картине ведущими были разнообразные эпилептические приступы судорожного и безсудорожного характера (абсансы, парциальные, психомоторные, генерализованные тонико-клонические припадки). Длительность заболевания обычно не превышала 3-х месяцев. “Психоневрологический дефицит” (параличи, парезы, умственная отсталость) клинически был диагностирован у 5 больных (6,5 %). У остальных детей значимых сопутствующих психоневрологических нарушений обнаружено не было.

52 больным была проведена компьютерная томография на аппарате “Simens” с матрицей 256 x 256. В исследовании применялись стандартные укладки с получением супратенториальных структур и субтенториальных отделов головного мозга. Сканирование осуществлялось при толщине среза 10 мм по общепринятой методике, начиная с основания до конвекса мозга.

26 больным была выполнена магнитная резонансная томография. Выполнялись сагитальные, аксиальные, фронтальные срезы толщиной 6 мм.

Патологические изменения оболочек, вещества мозга, его желудочковой системы в различной степени выраженности были установлены у 65 больных (83,3 %).

В зависимости от характера и локализации структурные изменения ЦНС у обследованных больных были разделены на 2 группы: I – локализующиеся в ликворопроводящих путях; II – непосредственно в веществе мозга. Морфологические особенности головного мозга у детей с эпилепсией, не связанные с непосредственным его повреждением, представлены в табл.1.

Таблица 1

№ группы	Изменения ликворопроводящей системы головного мозга	Количество случаев	%
1	Вентрикулодилатация различной степени	65	83,3
	Наружная гидроцефалия (локальная, диффузная)	5	6,4
	Дисплазия желудочковой системы (деформация, V желудочек, кисты прозрачной перегородки)	7	8,9
	Кистозно-спаечный процесс оболочек мозга	6	7,69
	Арахноидальная киста	1	1,28

Морфологические особенности головного мозга у детей с эпилепсией, обусловленные непосредственным его повреждением, представлены в табл.2.

Таблица 2

№ группы	Изменения вещества головного мозга	Количество случаев	%
2	Атрофия коры головного мозга (локальная, диффузная)	9	11,53
	Ишемические зоны (единичные, множественные)	12	15,38
		6	7,69
	Порэнцефалические кисты	1	1,28
	Гемиатрофия	1	1,28
	Сосудистые мальформации	2	2,56
	Опухоли головного мозга	1	1,28
Хроническая внутричерепная гематома	1	1,28	

Как видно из представленных таблиц, наиболее часто у обследованных детей (83,3 %) встречалась вентрикулодилатация, которая в 24,3 % сочеталась с другими структурными изменениями ликворопроводящих систем.

Необходимо отметить, что кистозно-спаечные изменения оболочек были диагностированы у 6 детей из 28 исследованных на МР-томографии (21,4 %). Возможности аксиальной КТ-томографии в исследовании оболочек, подоболочечных пространствах были ограниченными.

В 43,5 % случаев вентрикулодилатация со-

четалась со структурными изменениями вещества мозга. Наиболее значимыми были: корковая атрофия – 11,5 % и зоны ишемии, в том числе множественные – 23 %.

Практически во всех случаях диагностированных изменений вещества и оболочек мозга при КТ- и МР-исследованиях дальнейшее клиническое наблюдение и дополнительные параклинические исследования не выявили прогрессирующей неврологической патологии. Наблюдавшиеся структурные изменения были расценены как резидуальные. 4 ребенка (5 %) в

связи с характером церебральных изменений, требующих хирургического вмешательства, были переведены в нейрохирургическую клинику и прооперированы.

Таким образом, выявленная нами частота встречаемости структурных изменений ликворопроводящей системы и вещества головного мозга у детей, страдающих эпилептическими приступами, свидетельствует об определенном их уча-

стии в эпилептогенезе. Их наличие у больных эпилепсией требует учета в проведении им комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Наш клинический опыт подтверждает мнение ряда специалистов [1, 6, 7] о том, что КТ- и МР-томографические исследования должны обязательно входить в программу диагностического обследования больных с впервые возникшими эпилептическими приступами.

*В.С.Підкоритов, А.Л. Горб*

## **ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ НЕЙРОВІЗУАЛІЗУЮЧИХ МЕТОДІВ У ДІТЕЙ З ЕПІЛЕПСІЄЮ ТА ЕПІЛЕПТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харків

У статті наведений аналіз інформативності комп'ютерної томографії у дітей з епілепсією та епілептичними синдромами. За допомогою стандартизованих скринінгових програм комплексної та магнітно-резонансної томографії було обстежено 78 дітей від 1 до 14 років з нападами, що виникли уперше. У 83,3% хворих мали місце у оболонках, рідині головного мозку та у його шлуночкової системі. Найчастіше зустрічалась вентрикулодилатація (83,3%), ішемічні зони (23,07%) та атрофія кори головного мозку (11,5%). Наведені результати вказують на актуальність проведення нейровізуалізуючих досліджень у дітей з епілептичними нападами, що виникли вперше. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 35-37)

*V.S.Pidkorytov, A.L. Gorb*

## **DIAGNOSTIC RESOURCES OF NEUROVISUAL METHODS IN CHILDREN WITH EPILEPSY AND EPILEPTIC SYNDROMES**

Institut of nevrology, psychiatry and narcology AMC Ukraine, Kharkov

In the article it was made the analyses of the computer tomography's efficiency in children with epilepsy and epileptic syndromes. 78 1-14 years old children with epilepsy were examined by standard screening program of complex and magnetic resonance tomography. The abnormal brain substance, membranes, ventricular were in 83,3% cases. The most frequent pathology was ventricular dilatation (83,3%), ischemic zone (23,07%), and cortex atrophy (11,53%). The results of the investigation point to the great importance of computer tomography in children with epilepsy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 35-37)

### *Литература*

1. Акбакаров Р.О., Михайлов В.П., Чернова Г.Г. Магнитно-резонансная томография в комплексном обследовании при эпилепсии // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1995. - № 4. - С.22-25.
2. Бадалян П.О., Темин П.А., Никанорова М.Ю. // Журнал неврологии и психиатрии. - 1993. - Т.93. - № 1. - С.94-96.

3. Карлов В.А. Эпилепсия. - М.: Медицина, 1990. - 325 с.
4. Шанько Г.Г., Улезков Е.А. // Неврологические вести. - 1993. - Т.25. -№1-2.-С.55-58.
5. Gastaut H. / Epilepsia - 1976 - vol. 17. № 13. - P.325-336.
6. Guberman A. / Canad J. Neurol. Sci. 1985. - vol. 10 № 1 - P. 16-21.

Поступила в редакцию 11.12.2000г.

УДК 159.9.019.4:616-006.6

*А.І. Шевченко, Н.Ф. Шевченко***ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ «ДЕРЕВО» В ОЦІНЦІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ**

Запорізький державний медичний університет, Україна

Ключові слова: рак легенів, психодіагностика, тест «дерево»

Тяжка стресова ситуація, у якій опиняється хворий з моменту першого натяку на можливість наявності у нього онкопатології, поглиблюється майже на кожному етапі обстеження і лікування [1, 3, 4, 5, 6]. Необхідність виконання складних діагностичних процедур, перспектива застосування променевої та хіміотерапії, важкої операції, погана інформованість про можливість видужання від цієї хвороби та її наслідки - все це викликає появу депресії, невпевненості у житті. Своє-

часна діагностика психологічного стану і повноцінна психологічна корекція та реабілітація не тільки повернула б впевненість у собі багатьом хворим, підвищила якість і рівень їхнього життя, але й дозволила б повернути велику кількість з них до попереднього образу життя, до активної праці.

**Мета дослідження** - визначити інформативність проєктивного тесту «ДЕРЕВО» [2] у діагностиці психічного стану хворих на рак легенів.

**Матеріали і методи дослідження**

Психологічне обстеження проведене у 268 хворих на рак легенів на етапі стаціонарного обстеження, а також у 65 хворих з непухлинною патологією легенів. Робота психолога велася в контакт з лікуючим лікарем з метою визначення схеми впливу на хворого. Діагностика проводилася у перші 2-3 дні перебування у стаціонарі.

Кожному хворому пропонувалось намалювати простим олівцем листяне дерево і позначити, якого воно виду, яку пору року відображає малюнок. Уточнювались деталі щодо окремих фрагментів малюнка. Під час інтерпретації малюнка оцінювали його розмір, положення на аркуші, співвідношення висоти дерева до висоти аркуша, висоту і ширину крони, її симетричність, наявність коренів, особливості зображення стовбура, гілок, лінії землі, тощо. Крім цього звертали увагу на інтенсивність штри-

ховки, контрастність малюнка, характер ліній. Встановлення специфічних смислів деталей малюнка доповнювалось клінічними спостереженнями. Ретельно вивчалися і співвідносилися з контекстом, у якому ця риса проявлялася, різноманітні деталі малюнка.

У зв'язку з тим, що тест «ДЕРЕВО» з метою оцінки психічного та емоційного стану онкохворих був застосований нами вперше, результати, одержані за його допомогою, порівнювались з результатами інших проєктивних та непроєктивних методик, що використовуються для дослідження особистості та її психічного стану. Для цього були використані модифікована методика самооцінки Т.В. Дембо, С.Я. Рубінштейн, тест вибору кольору М. Люшера, шкала депресії Т.І. Балашової та шкала самооцінки Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Характерним для переважної більшості онкохворих із занедбанними пухлинами (у 15 з 18) було зображення тендітного або старого дерева у пізньоосінню або зимову пору року. Відсутність листя в даному тесті свідчила, перед усім, про депресивний стан хворих, почуття покинутості, розчарування. В багатьох малюнках лінія землі біля дерева знижувалась до правої частини аркуша, що інтерпретувалося як свідчення

подавленості, відсутності сил і прагнень.

Яскравим показником психічного та емоційного стану хворих, відображеного у малюнках, є усвідомлення важкості своєї хвороби, можливості її лікування. Так, хворі, що вважали себе безнадійними і такими, яким ніщо вже не зможе допомогти (122 чоловіка), зображували невелике чахле деревце, розташоване цілком у нижній половині листа. Таке розташування де-

рева інтерпретується як переживання покинутості, власної непотрібності, самообвинувачення. Хворі, які знали свій діагноз або здогадувалися про нього, але сподівалися на те, що лікування допоможе їм видужати (140 чоловік), зображували маленькі голі деревця у верхній чверті аркуша, що також інтерпретувалося як переживання депресії. На відміну цьому, хворі, що не відчували важкості свого стану, і через це не усвідомлювали серйозності своєї хвороби, зображували дерева переважно у теплу пору року з великою кроною (42 чол.). Ознаки депресії були майже відсутніми. Найявніми були такі ознаки, як відділення стовбуру лінією землі, що є свідченням ізольованості, зображення листя, що спускається донизу - це віддзеркалювало занепад сил. Інтенсивна штриховка свідчила про наявність внутрішньої тривоги у хворих, страху бути покинутими.

У 65 хворих з непухлинною патологією легенів (гамартоми, туберкульози та ін.) зображення дерев мали більш оптимістичний характер. Хоч ознаки тривожності мали місце на малюнках, але вони були обумовлені самим фактом перебування в онкологічній клініці (штриховка стовбура, дрібні, розщеплені лінії по контуру стовбура). Це підтверджувалось також і у бесідах із хворими.

Пацієнтам, що досліджувалися за методикою Т.В. Дембо та С.Я. Рубінштейн, пропонувалося помітити на чотирьох лініях своє місце, яке відповідає, на їхню думку, їх розуму, здоров'ю, характеру та щастю - між самими розумними і нерозумними, між самими здоровими і хворими, між тими, що мають найкращий і найгірший характер, між найщасливішими і найнещаснішими. Переважна більшість онкохворих, які усвідомлювали важкість свого соматичного стану або відчували симптоми хвороби (139 чоловік), були більш схильні до низьких самооцінок на лініях, що відповідали здоров'ю і щастю. В той же час при роботі з тестом самооцінки частина хворих з аналогічною патологією (125 чоловік) позначали себе на шкалі «здоров'я» більш здоровими, ніж хворими, що свідчило, на нашу думку, про усвідомлене заперечення своєї хвороби.

Після першої самооцінки пропонувалось знову зробити позначки на тих самих лініях у відповідності з тим, як хворі оцінювали свій стан до виявлення у них онкозахворювання. Ретроспективна самооцінка здоров'я і щастя була вищою, ніж на момент обстеження. Щодо самооцінки на лініях «характер» та «розум», то ретроспективно хворі оцінювали себе значно вище, ніж раніше. Хворі без онкопатології та ті, які не мали

болісних симптомів, помічали своє місце здебільшого у зоні середини лінії або ближче до високих показників.

Цікавими для нас були показники тесту вибору кольору, який виконувався за допомогою комп'ютера. За його показниками у групі хворих з пухлинною патологією було виявлено 127 осіб з глибоким депресивним станом. Кольорові переваги, що займали перші місця у цих хворих були — чорний, коричневий, сірий. Це свідчило, насамперед, про негативне ставлення до життя цієї групи хворих. Зовні вони почували себе пригніченими, загубленими, майже ніщо їх на цікавило, у бесідах із психологом вони скаржилися на свій дуже негативний стан, розповідали про свою приреченість, розпач, бажання відокремитися від усіх. Разом з тим, вони прагнули до емоційної розрядки. З високою тривожністю було виявлено 133 хворих, за цим фактором їх показники дорівнювали від 66 до 80%. Помірна тривожність констатована у 99 хворих (фактор тривожності - 34-65%). З низьким рівнем тривожності було 36 хворих (фактор тривожності - 4-33%).

Наступним тестом, що дозволив виявити тривожний стан пацієнтів та порівняти отримані дані з результатами інших тестів, була шкала самооцінки Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна. Цей тест є інформативним засобом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна або ситуативна тривожність, як стан) та особистісної тривожності, як сталої характеристики людини. Методика, що використовувалась, призначена для одночасної оцінки двох названих видів тривожності. При обробці результатів були виявлені такі показники:

1) Низький рівень тривожності був виявлений у 32 з 268 досліджених пацієнтів за показниками реактивної тривожності хоч за показником особистісної тривожності ці хворі виявили помірний стан. Можна зробити висновок, що такі результати є наслідком активного витіснення особистістю високого ступеня тривожності з метою показати себе у «кращому світі». Такі хворі намагаються «триматися вище хвороби», долати її.

2) Помірну тривожність показали 102 пацієнти, при чому в цьому випадку можливо відмітити, що показники реактивної тривожності виявилися вищими, ніж показники особистісної тривожності, тобто просліджувалася стабільна схильність хворих реагувати на життєві ситуації, що несуть у собі загрозу для його «Я» сильніше, ніж ту, що склалася у них під час хвороби - тимчасову ситуаційну тривожність.

3) Високий рівень тривожності показали 134 пацієнти. Серед них зі значним рівнем відхилення від помірної тривожності 37 чоловік. Це означає, що ці хворі потребують особливої уваги.

Результати вивчення психічного стану у хворих з непухлинною патологією і раком легенів наведені у таблиці 1. Вони свідчать про те, що за результатами тестів М. Люшера та Ч.Д.

Спілбергера, Ю.Л. Ханіна показники тривожності у кожній групі виявилися майже однаковими. Причому високий рівень тривожності у хворих на рак легенів виявився майже вдвічі більшим ніж у хворих з непухлинною патологією. Таким чином, можна судити про взаємозв'язок та взаємообумовленість психічного та соматичного станів пацієнтів.

Таблиця 1

Результати вивчення психічного стану у хворих з непухлинною патологією і хворих на рак легенів за допомогою тестів М. Люшера та Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна

Психічний стан (рівень тривожності)	Характер патології			
	Непухлинна патологія абс. кільк. (%)		Рак легенів абс. кільк. (%)	
	тест Люшера	тест Спілбергера	тест Люшера	тест Спілбергера
низький	11(16,9)	12 (18,5)	36 (13,4)	32 (11,9)
помірний	42 (64,6)	39 (60,0)	99 (36,9)	102 (38,1)
високий	12 (18,5)	14 (21,5)	133 (49,7)	134 (50,0)
Разом	65 (100,0)	65 (100,0)	268 (100,0)	268 (100,0)

З метою подальшого дослідження психічного стану хворих на рак легенів була використана шкала депресії Т.І. Балашової. Цей опитувальник визначає рівень депресії, а саме: стан душевного розладу, пригніченості, рівень занепаду сил і зниження активності. Досліджуваному, після оз-

найомлення з інструкцією, пропонувалося відповісти на питання, шляхом вибору однієї з чотирьох запропонованих відповідей, яка свідчить про те, як він почуває себе останнім часом. Результати дослідження у хворих з непухлинною патологією і раком легенів наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Результати вивчення психічного стану у хворих з непухлинною патологією і хворих на рак легенів за допомогою шкали депресії Т.І. Балашової

Психічний стан	Характер патології	
	Непухлинна патологія абс. кількість (%)	Рак легенів абс. кількість (%)
бездепресивний	6 (9,2)	6 (2,2)
легка депресія	34 (52,3)	41 (15,3)
субдепресивний	18 (27,7)	92 (34,3)
істиний депресивний	7 (10,8)	129 (48,2)
Разом:	65 (100)	268 (100)

Вони вказують на наявність певної групи хворих, які мали яскраво виражену або приховану депресію. Ці хворі схильні до прояву сильного почуття пригніченості, втрати надії на майбутнє, вираженої роздратованості, втрати сну і апети-

ту. Легка депресія у хворих супроводжувалася такими емоційними та особистісними проявами, як відчуття пригніченості, тривожний нічний сон, втома, зниження активності.

Серед хворих з непухлинною патологією пе-

реважна більшість пацієнтів перебувала у стані легкої депресії та субдепресії. Ми пояснюємо це тим, що вони більш повно і своєчасно були інформовані лікарями про характер свого захворювання, перспективи лікування і подальшого життя. Наявність же депресії була результатом різкої зміни оточуючого середовища, співпереживанням за життя і долю сусідів по палаті.

Таким чином, фактор усвідомлення важкості своєї хвороби та можливостей її лікування достатньо очевидно позначився на особливостях психічних переживань хворих.

Неважко помітити чисельну схожість даних

рівня депресії за різними методиками: 137 (122+15) хворих на рак легенів, які за тестом «ДЕРЕВО» вважали себе безнадійними; 139 хворих з низькою самооцінкою на лініях здоров'я і щастя; 127 хворих з глибоким депресивним станом за тестом М. Люшера і 129 хворих із станом істинної депресії за тестом Т.І. Балашової. Порівняння даних рівня тривожності також дає можливість виявити їх певну схожість за різними методиками.

Розподіл хворих за рівнем депресії та тривожності, виконаний за допомогою шкали самооцінки та шкали депресії, добре співвідноситься з результатами теста «ДЕРЕВО».

### Висновки

1. Встановлення специфічних смислів деталей малюнка, доповнене клінічними спостереженнями, може бути досягнуте в результаті ретельного вивчення всієї різноманітності випадків прояву певної деталі малюнка та спеціального співвіднесення з контекстом, у якому ця риса проявлялася.

2. Графічне зображення малюнка у клінічно гомогенній групі має важливе значення для диференціальної діагностики.

3. Тест ДЕРЕВО, поряд з іншими, може використовуватись з метою оцінки психічного стану онкологічних хворих.

*А.И. Шевченко, Н.Ф. Шевченко*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА «ДЕРЕВО» В ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКИХ

Запорожский государственный медицинский университет

Цель работы - определение информативности проективного теста "ДЕРЕВО" в диагностике психического состояния онкологических больных. Психологическое обследование проведено у 268 больных раком легкого, а также у 65 больных с неопухоловой патологией легких. Больным предлагалось нарисовать дерево и определить его определенные признаки. Осознание тяжести болезни и возможности её лечения, отраженные в рисунках, выступает показателем психического и эмоционального состояния больных. Те из них, кто считал себя безнадёжными (122 человека), изображали небольшое чахлое деревце. У 65 больных с неопухоловой патологией легких изображения деревьев имели оптимистический характер.

Полученные с помощью теста «ДЕРЕВО» данные сопоставимы с результатами других проективных и непроективных методик, которые используются для исследования личности и её психического состояния. Таким образом, тест «ДЕРЕВО» наряду с другими методиками может использоваться для оценки психического состояния онкологических больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2000. - № 1 (7). - С. 38-41)

*A.I. Shevchnko, N.F. Shevchenko*

## THE USING OF «TREE-TEST» IN VALUATION OF MENTAL CONDITION IN PATIENTS WITH CANCER OF THE LUNGS

Zaporizhzhya State Medical Univesity, Ukraine

The aim of work is the definition of information value of the projective test "TREE" in diagnostics of a mental condition of cancer patients. The psychological inspection is carried out at 268 lung cancer patients, and also at 65 patients with nontumor pathology of lungs. The patients were offered to draw a tree and to define its certain attributes. Comprehension of dangerous of illness and the opportunities of its treatments reflected in figures, is a parameter of mental and emotional a condition of the patients. Those patients, who considered themselves hopeless (122 men), drew a small sickly tree. At 65 patients with nontumor pathology of lungs the images of trees had optimistic character.

The data that were got with the help of the test "TREE" are comparable to the results of others projective and nonprojective methods, which are used for research of the personality and its mental condition. Thus, the test "TREE" as well as other methods can be used for an estimation of a mental condition of cancer patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 38-41)

### Література

1. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. - СПб.: АОЗТ фирма "КЛИНТ", 1995. - 133 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Введение в проективную психологию. - К.:Ника-Центр, 1997. - 128 с.
3. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия.-

- М.:Медицина, 1996. - 586 с.
4. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь.- Томск: Сиб. мед. у-нт, 1995. - 328 с.
5. Simonton C.& S. (1978) Getting Well Again. Los Angeles, 268 p.
6. Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М. Титаренко.- К.: Агропромвидав України, 1998.- 348 с.

Поступила в редакцію 16.05.2000г.

УДК 616.86

*И.В.Абрамова***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Областная клиническая психиатрическая больница, г. Донецк, Украина

Ключевые слова: качество жизни, психиатрическая больница, пациент

В Законе Украины “О психиатрической помощи” к числу основных ее принципов отнесены принципы законности, гуманизма, соблюдения прав человека и гражданина и др. Реализация этих принципов в условиях институционализированной психиатрической помощи и особенно в условиях длительного пребывания пациентов в общепсихиатрических отделениях представляется трудно выполнимой задачей. В первую очередь это связано с невозможностью удовлетворения многочисленных жизненно важных потребностей и интересов больных.

Универсальным показателем удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее “комфортности” является показатель “качества жизни”. Определение качества жизни необходимо для планирования клинической помощи пациентам, особенно с хроническими и тяжелыми заболеваниями (1), и для лучшего понимания клиницистами проблем своих пациентов (2).

Качество жизни - это понятие, отражающее качественную сторону удовлетворения материальных и духовных потребностей человека. В настоящее время приоритет в оценке качества жизни больных отдается самим пациентам (3,4,5). Оно определяется восприятием индивидами своего места в жизни в контексте культуры и в отношении своих целей, ожиданий, стандартов и интересов (6). ВОЗ определяет качество жизни как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия, независимости, качества среды, в которой живет индивидум, степени удовлетворенности конкретным

уровнем жизни и другими составляющими психологического комфорта.

В европейских странах исследованием качества жизни занимаются длительное время. В 70-80 годы для этого использовались специально разработанные шкалы. Примерами могут быть “Шкала качества благополучия” (7), “Индекс общего психического благополучия” (8). Начиная с 80-х годов, используются “Профиль влияния болезни” (9), “Ноттингемский профиль здоровья” (10) и SF-36 (11). Хотя в этих шкалах не применяется термин “качество жизни”, работы, проведенные с их помощью, рассматриваются как относящиеся к исследованиям качества жизни, связанного со здоровьем. Позже были разработаны методики, изучающие качество жизни, специфичные для отдельных заболеваний.

Современный подход к оценке качества современной помощи основан на сопоставлении целей и достигнутых результатов (12). Конечная цель психиатрической помощи – социальная реинтеграция пациентов. Цель стационарирования более узкая и складывается из трех компонентов: клинического (прогноз заболевания), социального (решение конкретных проблем, мешающих адаптации больного) и психологического (удовлетворенность пациента результатами стационарирования).

Цель настоящего исследования состояла в изучении качества жизни пациентов общепсихиатрических отделений в контексте реализации психологической и социальной составляющих стационарирования.

**Материалы и методы исследования**

С помощью специально разработанных анкет с выборочной системой ответов методом случайной выборки было опрошено 233 пациента, находящихся на лечении в общепсихиатрических отделениях, и 91 врач – психиатр, работающий в этих отделениях. К исследованию

привлекались больные, выведенные из психотического состояния. В связи с тем, что концепция “качества жизни” предполагает замену парадигмы оценки пациента с позиций “психически больной” на “нормальный насколько это возможно”, мы сочли целесообразным не рассмат-

ривать респондентов- пациентов в “пространстве симптомов и синдромов”.

Исследование проводилось на базе областных психиатрических больниц Донецкой области. Опросник для пациентов включал 25 вопросов, касающихся их отношения к тому или иному фактору “качества жизни”. Врачам было предложена анкета из 33 вопросов, характеризующих условия пребывания пациентов в отделении и качество их “стационарной жизни”. Суммарное количество факторов, которое учитывалось при анализе – 56. Оценивались: удовлетворенность пациентов различными сферами жизни (кругом общения, семей-

ным положением, положением в обществе, материальным положением, собственным здоровьем, сексуальной жизнью); организация жизненного пространства в больнице; организация реабилитационного процесса; соблюдение этико-правовых норм по отношению к больным; отношение больных к лечению и пребыванию в больнице.

Среди респондентов-пациентов мужчин было 131 человек (56%), женщин 102 (44%). Возраст большинства обследованных (88%) составлял от 20 до 60 лет. 192 пациента (82%) имели вторую группу инвалидности, 41 человек (18%) были трудоспособными.

### Результаты исследования и их обсуждение

**Позиция пациентов.** Большая часть респондентов была неудовлетворена различными сферами жизни. Так, частично или полностью не были удовлетворены семейным положением 165 человек (71%); материальным положением - 190 (82%), в том числе 53 человека (23%) расценивают его как “уровень нищего”; положением в обществе – 148 человек (64%). Эти данные убедительно свидетельствуют о том, что в общепсихиатрических отделениях преимущественно концентрируется контингент хронически инвалидизированных и социально наиболее незащищенных пациентов, нуждающихся не только (нередко не столько) в психиатрической помощи, но и в социальной поддержке и защите.

Отношение к пребыванию в отделении нашло отражение в следующих соотношениях. По мнению 178 респондентов (70%), условия их содержания в отделении полностью или частично не соответствуют условиям нормальной жизни. 138 человек (59%) считают, что пребывание в отделении принесло им больше вреда, чем пользы. При этом к наиболее неприятным факторам стационарирования они относят изоляцию (93 человека – 40%), длительность лечения (87 человек – 37%), прием лекарств и зависимость от персонала (32 человека – 14%). Только 61 пациент (26%) считает целесообразной настоящую госпитализацию в “закрытое” отделение, 54 человека (23%) находят это необходимым только в начале лечения, а 118 человек (51%) более рациональным считают лечение настоящего приступа в амбулаторных условиях. В перспективе 185 больных (79%) предпочитают получать лечение во внебольничных условиях.

Аутоидентификация у большинства пациентов сопровождается отнесением себя к несчастным людям (157 человек – 67%), констатацией

ненужности обществу (108 человек – 46%), наличием неразрешимых проблем в сфере сексуального здоровья (197 человек – 85%). В то же время только 38 человек (16%) не находят смысла в дальнейшей жизни, а 45 человек (20%) планы на будущее олицетворяют выражением “куда вывезет”. Остальные больные обнаруживают положительные жизненные ориентации, свидетельствующие о достаточно сохранном реабилитационном потенциале и намерениях добиться успеха в жизни (профессиональный рост, воспитание детей и т.п.).

Следует отметить заметную дифференциацию отношения пациентов к собственному здоровью. Полное удовлетворение этим фактором показало 70 человек (30%), частично удовлетворены 79 человек (34%) и не удовлетворены 84 человека (36%). 41 пациент (18%) считает, что психическое заболевание делает их неполноценными, 46 человек (20%) – зависимыми от других, 81 человек (35%) – ограничивает возможности и 65 человек (27%) полагают, что психическое расстройство ничего в их жизни не изменило.

В связи с относительно длительным пребыванием больных в общепсихиатрических отделениях представляется целесообразным оценить их отношение к помещению, в котором они находятся, и бытовым условиям в отделении. Позиция пациентов в сравнении с мнением врачей, работающих в этих же отделениях, представлена в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что при оценке среды обитания, как соответствующей условным нормативам (“светлое, просторное помещение”), существенных различий в сравниваемых группах респондентов не выявлено. Различия появляются при распределении мнений относительно градаций отрицательных характеристик по-

мещений. Однако в целом оценки врачей и их пациентов имели примерно одинаковое распре-

деление между положительным и отрицательным полюсами отношений.

Таблица 1

Оценка условий общепсихиатрических отделений врачами психиатрами и их пациентами.

Отношение к условиям в отделении	Распределение респондентов				
	Врачи		Пациенты		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Оценка помещения					
-светлое, просторное	46	51,0	137	59,0	>0,01
-без дизайна и уюта	40	44,0	49	21,0	<0,01
-мрачное	5	5,0	47	20,0	<0,001
Оценка бытовых условий					
-хорошие	5	5,0	135	58,0	<0,001
-плохие	66	73,0	70	30,0	<0,001
-очень плохие	20	22,0	28	12,0	<0,01

Совершенно иначе распределились оценки бытовых условий в общепсихиатрических отделениях. Если практически все врачи оценивают эти условия как плохие или очень плохие, то 58% пациентов воспринимают их как хорошие. Повидимому, такие диспропорции связаны не только с различиями в представлении о “хороших” условиях, но и с нежеланием пациентов “подвесить” медперсонал. Из этого следует, что позиция врачей в данном случае может расцениваться как более объективная.

**Позиция врачей – психиатров.** Госпитализация больных в общепсихиатрические отделения по мнению 19 (21%) работающих в них психиатров всегда связана с угрожающей опасностью нанесения ущерба пациенту или окружающим. В то же время подавляющее большинство врачей считает, что такая мотивировка соблюдается не всегда (37 человек – 41%) или редко (35 человек – 38%).

Характеризуя терапевтическую атмосферу в отделениях, только 5% врачей не отмечают дефектов в их заполняемости пациентами. Остальные врачи считают, что отделения или редко (47 человек – 51%), или часто (40 человек – 44%) бывают переполненными. Только 14 врачей (15%) фиксируют наличие в отделениях воз-

можности активной занятости пациентов, в то же время 57 врачей (63%) преобладающий уровень социальной активности больных сводят к уходу за собой, бездеятельности или стереотипным действиям.

Спектр лечебных возможностей в общепсихиатрических отделениях, по мнению 93% врачей, ограничивается длительным приемом психотропных средств и лишь 7% врачей используют в своей работе компоненты реабилитационных воздействий.

82 врача (91%) используют дифференцированное наблюдение как основной лечебный режим в отделении и только 9% врачей считают допустимым режим “открытых дверей” или частичной госпитализации. Столь значительное преобладание ограничительного режима может быть адекватным лишь по отношению к социально опасным больным. Однако, по мнению 65 врачей (72%), социально опасные лица среди этого контингента встречаются или редко (53%), или очень редко (19%). 41% врачей считают, что в общепсихиатрических отделениях не всегда соблюдаются наименее ограничительные условия, декларируемые Законом Украины “О психиатрической помощи”. Допустимости значительного и не всегда обоснованного стеснения

свободы пациентов при их длительном пребывании в общепсихиатрическом отделении в определенной мере способствует отсутствие каких-либо форм протеста со стороны больных. Только 37% из них обнаруживают признаки формального недовольства, не сопровождающиеся попытками что-либо изменить, а 63% больных воспринимают изоляционно-ограничительный режим равнодушно. Половина больных посещается родственниками не чаще одного раза в месяц, что практически можно рассматривать как показатель утраты семейных связей, или как отсутствие необходимой поддержки со стороны семьи.

Только половина врачей (51%) рассматривают длительное пребывание в отделении как лечебный фактор, 35 человек (38%) полагают, что оно углубляет дефицитные расстройства, а 10 человек (11%) считают, что продолжительная госпитализация вообще не влияет на здоровье.

55 врачей (60%) длительность пребывания больных в отделении связывают с наличием медицинских показаний, 36 психиатров (40%) обращают внимание на превосходящие обстоятельства, вынуждающие удерживать больных в отделении. Чаще всего речь идет об отсутствии условий для проживания вне больницы. Кроме того, в структуре внебольничной психиатрической службы отсутствуют специальные центры для длительного пребывания хронически инвалидизированных пациентов (резидентные службы).

Среди профессионалов существует мнение, что определенная часть больных общепсихиатрических отделений может и должна получать медицинскую и медико-социальную помощь за пределами психиатрической больницы. Так, 78% врачей считают, что от 10 до 30% пациентов могли бы находиться дома (при создании соответствующих условий), и практически все врачи у 10 – 20% больных находят основания для использования альтернативных форм помощи (амбулаторное лечение, дневной стационар, дом-интернат).

Таким образом, содержание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни “среднестатистического” пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью.

Клиницистам хорошо известно о существовании значительной взаимосвязи социального контекста и психических заболеваний. Так, качество социального окружения личности тесно связано с возможным обострением психического заболевания и вероятностью его перехода в хроническую форму (13). Например, бедность, влияя на повседневную жизнь, может привести к длительному воздействию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции (14), способствуя хронизации заболевания и более тяжелому его течению (15).

Однообразие и “тусклость” жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как “отстраненность”, покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена “заученной негибкости” (16), представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления или стратегии преодоления (coping strategies по L.I.Pearlin et al., (17)). По существу, для многих хронически инвалидизированных пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение “эмоциональной силы” (18), формируется чувство зависимости, происходит “заталкивание” их в группу маргинальных личностей. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Таким образом, понятие “длительно существующая агрессивная среда”, применительно к условиям общепсихиатрических отделений и качеству жизни пациентов, подразумевает три вектора: невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных, отсутствие социальной поддержки, отсутствие системы преодоления. Именно в этих направлениях и должна осуществляться работа с этим контингентом, направленная на повышение их приспособляемости как системы целенаправленного преодоления проблем (19).

Приведенные данные являются основанием для существенной реорганизации стационарной психиатрической помощи, направленной на реализацию основных принципов Закона Украины “О психиатрической помощи”. В общепсихиатри-

ческих отделениях концентрируются наиболее тяжелые больные с наибольшими нарушениями функциональных возможностей и с наибольшими потребностями в помощи. Удовлетворение

их потребностей — отправной пункт при постановке стратегических целей охраны психического здоровья и улучшения качества жизни пациентов.

*И.В.Абрамова*

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня, Україна

Робота ґрунтується на результатах дослідження 233 хворих загальнопсихіатричного відділення та 91 лікаря-психіатра. Вказана незадоволеність пацієнтів різними сферами життя та погляд лікарів на цю проблему. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 42-46)

*I.V.Abramova*

## **QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS IN GENERALPSYCHIATRIC DEPARTMENT**

Regional clinical psychiatric hospital, Donetsk, Ukraine

The work is based on outcomes of an inspection of 233 patients in generalpsychiatric department and 91 phychiatrs. The dissatisfaction of the patients whis differences spheres of the life and view of the physicians on this problem is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 42-46)

### *Литература*

1. Fitzpatrick R A sociological perspective on health- related quality of research. Jai Press Inc., 1994.- P. 1-24.
2. Deyo R.,Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. – Med. Care, 1992.- P.- 30.
3. Smart C.R.Quality of life. Cancer. 1987, 60.- P.620- 622.
4. Breslin S. Analaty of life: how it is measured and defined? Urologia Internationales. 1991. 46.- P.246- 251.
5. Gerin P., Dazord A.,Boissel J., Chiflett R. Quality of life assessment in therapeutik trials: Rational for and presentation of a more appropriate instrument. Fundamental Clinical Pharmacology. 1992. 6.- P.263-276.
6. Насинник. О. А. Цели и задачи психиатрической службы. Вісник Асоціації психіатрів України, 1999, №1.- С. 22-44.
7. Kaplan R.,Bush J., Berry C. Health status: types of validity and the index of well- being. Health Serv. Res., 1976, №11.- P. 478- 507.
8. Dupuy H.The Psychological General Well- Being Index. In Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: Le Jacq.1984.-P.170- 183.
9. Bergner M. et al.The Sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. Med. Care, 1981, №19.- P. 787-805.
10. Hunt S.M. The development of subjective health indicator. Sociol Health Inness. 1980, №2.- P. 231-246.
11. Ware J.E. The MOS 36- item Short- Form Health Survey.– Med. Care, 1992 ,№30.- P. 473-483.
12. Долгов С. А. Новый подход к анализу качества стационарной психиатрической помощи. Журнал неврологии и психиатрии 1998, №8.-С.39-41.
13. Desjarlais R., Eisenberg L., Kleinman A. Word Mental Health. Problems and Priorities in Low- Inkome Countries. Oxford: Oxford Uniwersity Press.- 1995.
14. Lynch j.w., Kaplan G.A., Shema S.L. Cumulative impact of sustained economic herdship on phisical, cognitive, psychological and social functioning. New England Journal of Medicine, 1997, 337.-P.1889- 1895.
15. Jhormicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistifical models to predict psychiatric service utilisation. British Journal of Psychiatry.-1991. 158.- P. 475- 484.
16. Kohn M. Class, family and schizophrenia. Social Forces. 1972. 50.- P. 295- 302.
17. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping.Journal of Health and Behaviour. 1978.- P.2- 21.
18. Golberg D., Hukley P. Common mental disorders. A.Bio- mental model. 1992.- P 256.
19. Rutter M. Resilience in the face of adversity. British Journal of Psychiatry.- 1985.147.- P.598- 611.

Поступила в редакцию 21. 07. 2000.

*Е.М. Выговская*

## **НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова : хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, неврозоподобные расстройства

В последние годы резко возрос интерес к проблемам психического здоровья при хронических соматических заболеваниях [6, 7, 9, 11]. При этом наиболее общепринятым является представление о существовании континуума соматопсихических и психосоматических соотношений, взаимно обуславливающих динамику и степень тяжести как основного соматического, так и симптоматического нервно-психического расстройства [2].

Вследствие увеличения продолжительности жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) при лечении гемодиализом (ГД) приобрела актуальность проблема их психической адаптации к этому методу лечения [13, 18, 19]. Активно изучается влияние симптоматических нервно-психических расстройств на частоту суицидов, качество и продолжительность жизни в условиях лечения ГД. В настоящее время отсутствует общепринятая точка зрения об этиопатогенетических механизмах этих расстройств у больных с ХПН. Более ранние исследования свидетельствуют о прямом па-

раллелизме между степенью интоксикации и их развитием [10]. По современным данным однозначной зависимости между тяжестью соматического состояния и частотой возникновения психических расстройств нет [11,13].

Если ранее при заболеваниях почек акцент делался на описании проявлений экзогенно-органических нервно-психических расстройств [10], то в настоящее время чаще подчеркивается значение психогенных механизмов их патогенеза [12]. Психотравмирующее влияние оказывают вынужденное длительное нахождение в стационаре, постоянная зависимость от аппаратного лечения, нарушение социальных связей, снижение уровня благосостояния, снижение качества жизни в целом.

Данное исследование, направленное на количественную оценку нервно-психических расстройств у больных с ХПН, находящихся на ГД, предусматривает также дифференцированную оценку соотношения соматогенных и психогенных механизмов в их возникновении и последующей динамике.

### **Материалы и методы исследования**

В отделении экстракорпорального гемодиализа и трансплантации почки было обследовано 69 больных, находившихся на стационарном лечении (29 женщин и 40 мужчин) в возрасте от 15 до 60 лет. На момент обследования у всех больных была диагностирована терминальная стадия хронической почечной недостаточности, они находились на лечении экстракорпоральным гемодиализом (2 раза в неделю, продолжительностью 4-6 часов).

Причиной развития ХПН у 55 больных (81 %) явился хронический гломерулонефрит, у 8 больных (10 %) - поликистоз почек, у 6-ти (9 %) - хронический пиелонефрит. Все больные на момент исследования имели группу инвалидности.

Длительность заболевания: 19 чел. (28 %) - с детского возраста, 5 (8%) – около 2-х месяцев, 15 (20 %) - 1-3 года, 30 (44 %) - свыше 3-х лет.

Клинико-динамическая оценка психического состояния больных с ХПН проводилась в соответствии с критериями состояний непатологической и патологической дезадаптации [1]. Общее количество обследованных пациентов позволило применить параметрические методы статистики [8].

Исследование нервно-психических расстройств проводилось в ходе стандартизированного клинического опроса, а также с применением симптоматического опросника Aleksandro-wicz J.W. [3, 8, 17], адаптированного Ленинградс-

ким психо-неврологическим научно-исследовательским институтом им. В. М. Бехтерева. Его описательная часть позволяет оценить выраженность симптоматики по 19 клиническим шкалам. Применялся опросник нервно-психической дезадаптации психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева (ОНПД), который позволяет выявить различ-

ные варианты психической дезадаптации, включая как доклинические (непатологические) формы, так и клинически выраженные расстройства. Оценка когнитивной сферы проводилась с помощью экспериментально-психологических методик («корректурная проба», таблицы Шульце, «запоминание 10 слов» и метод пиктограмм) [14, 15].

### Полученные результаты и их обсуждение

Количественный анализ выраженности психических расстройств позволил выделить 2 группы больных:

1. больных с субклиническими нервно-психическими расстройствами (СКР) - 26 чел. (38%),

2. больных с клинически выраженными (неврозоподобными) расстройствами (КНР) - 43 чел. (62%).

У больных с ХПН с доклиническими нервно-психическими расстройствами отмечались некоторое внутреннее напряжение, гиперреактивность, обидчивость, внутренний дискомфорт, не имеющие четкой синдромальной завершенности, и не воспринимающиеся самими больными как болезненные признаки. По данным опросника Е. Александровича практически по всем шкалам средние показатели у этих больных были достоверно выше ( $p < 0,001$ ) нормативных данных (4), что свидетельствует о диффузности этих расстройств.

Полученные показатели симптоматических шкал позволяют, вместе с тем, сделать заключение и о достаточно значимых клинических различиях в сравниваемых группах. В группе больных с расстройствами клинического уровня достоверно выше показатели по шкале депрессии ( $p < 0,01$ ), по шкале нарушения сна ( $p < 0,001$ ); психастенических расстройств ( $p < 0,05$ ); нарушения вегетативных реакций ( $p < 0,001$ ); конверсионных нарушений ( $p < 0,001$ ) и нарушения двигательных функций ( $p < 0,001$ ) (табл. 1).

У больных ХПН с клинически выраженными непсихотическими нервно-психическими расстройствами ведущими синдромами были: астено-депрессивный (24 чел.), истерический (6 чел.), астено-ипохондрический (6 чел.), астенообсессивный (7 чел.).

Астеническая симптоматика являлась стержневой и проявлялась у всех больных. Астения наблюдалась в двух формах: гиперстенической и гипостенической. У больных с гиперстеническими проявлениями отмечалась крайняя раздра-

жительность, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, гневливость, раздражительная слабость. По мере прогрессирования и утяжеления соматического заболевания гиперстенический синдром сменялся гипостеническими проявлениями с характерной вялостью, слабостью, повышенной физической и психической утомляемостью, быстрым истощением психических процессов, гипотимией. Нередко в психическом состоянии больных гиперстенические и гипостенические симптомы присутствовали одновременно. «Чистый» астенический синдром встречался очень редко, чаще в сочетании с вегетативными проявлениями: лабильностью пульса и АД, головными болями, потливостью.

Почти постоянно в структуру астенического синдрома входили депрессивные расстройства в форме тоскливости, подавленности и тревоги. У многих больных отмечалась угнетенность, потеря веры в себя, свои силы, пессимизм, предчувствие неизбежных неудач, ригидность мышления. Часто депрессивные проявления нарастали или усиливались на фоне достаточно хорошего соматического состояния при дополнительном воздействии неблагоприятных психогенных факторов.

В клинической картине истерического симптомокомплекса преобладали ощущения недомогания, чувство недостатка воздуха или одышка, чувство кома в горле, возникавшие в трудных и неприятных ситуациях, кратковременная обездвиженность, периодически возникающая немота (особенно при волнении).

Для больных с астено-ипохондрическим синдромом были характерны постоянная концентрация внимания на телесных функциях, чрезмерное опасение за свое здоровье, неопределенные блуждающие боли. Вместе с тем, отмечались астенические (постоянное чувство усталости, рассеянность) и вегетативные расстройства.

Больные с астено-обсессивным синдромом отличались недостатком самостоятельности, неуверенностью в себе, жизненной «неумелостью» и педантичностью. Как и у всех осталь-

ных больных отмечались астенические проявления (ухудшение памяти, трудности в концентрации, сосредоточении внимания, нехватка силы или энергии) в сочетании с вегетативными расстройствами.

У всех больных были различные проявления нарушений сна, среди которых встречались кошмары, трудности засыпания, частое пробуждение ночью, бессонница, чувство сонливости в течение дня.

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей симптоматических шкал опросника Александровича у больных с ХПН с клинически выраженными и субклиническими нервно-психическими расстройствами

Симтоматические шкалы нарушений	Больные с клиническими расстройствами n = 43	Больные с субклиническими признаками n=26	Достоверность отличий
страх и фобии	14 ± 2.22	10.46 ± 2.25	-
депрессия	25.9 ± 1.85	18.33 ± 1.91	p < 0.01
тревога	25.3 ± 1.34	22 ± 2.35	-
нарушения сна	22.5 ± 0.66	16.13 ± 1.87	p < 0.001
эмоциональная нестабильность	22.6 ± 1.62	20.73 ± 2.30	-
неврастенические расстройства	24.2 ± 1.69	17.42 ± 2.11	p < 0.02
сексуальные расстройства	14.54 ± 1.91	11.06 ± 1.87	-
дереализация	15.5 ± 1.79	14.6 ± 1.80	-
навязчивости	14.2 ± 1.72	10.66 ± 2.99	-
трудности в общении	22.04 ± 3.49	16.53 ± 3.22	-
ипохондрические расстройства	20.70 ± 1.13	13.46 ± 2.56	p < 0.01
психастенические	14.66 ± 1.45	10.73 ± 1.52	p < 0.05
напряжение	15 ± 1.91	12.66 ± 1.67	-
алкоголизм	3.91 ± 1.49	1.6 ± 0.52	-
нарушения пищеварения	17.45 ± 2.20	15.13 ± 1.96	-
вегетативно-сосудистые	38.83 ± 3.15	25.93 ± 2.41	p < 0.001
двигательные нарушения	29.38 ± 3.74	12.06 ± 1.65	p < 0.001
истерические расстройства	21.70 ± 1.74	12.06 ± 1.40	p < 0.001
другая симптоматика	9.04 ± 0.61	8.66 ± 1.27	-

Таким образом, при переходе от субклинического к клинически выраженному уровню непсихотических нервно-психических расстройств у больных с ХПН происходит не только статистически достоверное количественное увеличение выраженности стержневого астено-депрессивного симптомокомплекса, но и по-

явление клинического полиморфизма за счет истерического, психастенического и ипохондрического радикалов.

С целью уточнения степени выраженности нарушений познавательной деятельности были изучены особенности памяти, внимания и мышления у больных сравниваемых групп.

Средние значения показателей по методике запоминания 10 слов.

Порядковый номер воспроизведения	Средние значения		Достоверность различий КНР и СКР
	КНР n = 43	СКР n = 26	
1	6.4±0.47	6.6±0.37	p > 0.01
2	7.1±0.48	7.9±0.63	p > 0.01
3	7.9±0.34	8.9±0.4	p < 0.01
4	8.2±0.41	9.6±0.3	p < 0.05
5	8.6±0.34	9.8±0.33	p < 0.02
чЗ1	6.8±0.42	8.4±0.4	p < 0.02

При исследовании памяти с помощью методики запоминания 10 слов в сравниваемых группах больных с ХПН установлены статистические различия в запоминании (табл.2). При воспроизведении после первого и второго предъявлений статистически достоверных различий не выявлено, начиная с третьего предъявления отмечались достоверные различия за счет снижения запоминания у больных с клинически выраженными расстройствами, по сравнению с больными с субклиническими расстройствами. После четвертого и пятого предъявлений наблюдалось статистически достоверное снижение запоминания в клинической и в субклинической группах пациентов. Имеет место более выра-

женное снижение долговременной памяти ( $p < 0,02$ ) у лиц с ХПН с клинически выраженными расстройствами.

Таким образом, при переходе от субклинически к клинически выраженному уровню расстройств отмечается нарастание нарушений памяти.

Исследование внимания, проведенное при помощи методики «Корректирующая проба», выявило отсутствие достоверных различий между исследуемыми группами больных с ХПН по показателям распределения и устойчивости внимания, однако объем внимания был достоверно ниже по сравнению с нормативными показателями (для группы клинически выраженных расстройств -  $p < 0,01$ , субклинических -  $p < 0,05$ ).

Таблица 3

Характеристика выбираемых образов пиктограмм у больных сравниваемых групп.

Группа	Образы							
	Ат	К	М	ГС	Ст	Адекв"+	Ориг"-	Индив
КНР n=43	31	45	18	6	25	72	3	7
СКР n=26	47	36	11	6	23	69	7	8

Ат —атрибутивные образы, К —конкретные, М —метафорические, ГС —графические, Ст —стандартные.

Сопоставление показателей продуктивности опосредованного запоминания по методу пиктограмм с показателями по методике запоминания 10 слов существенных различий не выявило.

Для исследования операционального мышле-

ния был проведен анализ выбираемых больными образов по Б.Г.Херсонскому [15]. Результаты представлены в таблице 3.

Среди выбираемых больными образами преобладают атрибутивные и конкретные. В груп-

пе больных с субклиническими расстройствами число атрибутивных образов достоверно больше ( $p < 0,05$ ), чем конкретных (что соответствует показателям здоровых лиц). У больных с клинически выраженными расстройствами число атрибутивных образов снижается за счет увеличения конкретных, но остается в пределах, характерных для лиц без снижения операционального мышления.

По остальным показателям различий в сравниваемых группах больных не наблюдалось. Размеры рисунков - без существенных особенностей. Стабильность графических характеристик и упорядоченность композиции пиктограмм удовлетворительна. Высокий показатель адекватности рисунков. Частота встречаемости стандартных образов соответствует литературным данным [14, 15]. Стереотипия выражена за счет повторения изображений человеческих фигур, прямые персеверации отсутствуют. Число индивидуально значимых образов невелико, как и число «шоковых» реакций. Однако сам факт их наличия наряду с частой критикой тестирования, склонностью к спонтанным высказываниям по ходу исследования могут рассматриваться как проявления нарушений эмоционального функционирования.

Суммируя данные исследования познавательных функций, следует отметить, что в обеих группах нарушения носят неглубокий характер, преимущественно в виде выраженной астенической симптоматики (сужения объема внимания и нарушений воспроизведения) при отсутствии типичных для экзогенно-органического регистр-

синдрома ( по В.М.Блейхеру) проявлений.

Таким образом, в структуре нервно-психических расстройств у больных с ХПН, находящихся на ГД, преобладают неврозоподобные нарушения в сочетании с многочисленными вегетативными дисфункциями и диссомнией. При переходе от субклинических к клинически выраженным расстройствам происходит достоверное повышение выраженности проявлений осевого астено-депрессивного симптомокомплекса, в т.ч. за счет клинического полиморфизма. При отсутствии грубых нарушений когнитивной сферы нарастает выраженность затруднений познавательной деятельности при переходе от субклинических к клинически-выраженным нервно-психическим расстройствам.

Параллелизм между выраженностью нарушений когнитивных функций и массивностью эмоциональных и вегетативных расстройств свидетельствует, по нашему мнению, о сочетанном влиянии соматогенных и психогенных факторов в возникновении нервно-психических расстройств у больных с ХПН, находящихся на лечении ГД. Клинически эти нарушения можно отнести к рубрике МКБ-10 F06 [5].

Следует подчеркнуть, что отсутствие грубых органических изменений в головном мозге создает предпосылки для достаточно эффективной коррекции нервно-психических расстройств непсихотического уровня и позволяет успешно осуществлять профилактику осложнений как соматического, так и нервно-психического характера.

*Е.М.Виговська*

## **НЕВРОЗОПОДІБНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ**

Донецький державний медичний університет

За допомогою опитувальників Александровича, ОНПД, експериментально-психологічних методик обстежені 69 хворих, які знаходяться на лікуванні гемодіалізом. Досліджені особливості неврозоподібних проявів, когнітивних процесів на клінічному та субклінічному рівнях. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 47-52)

*Е.М. Vigovskaya*

## **NEUROSOLIKE DISTRESSES FOR ILL WITH BY CHRONIC RENAL FAILURE LOCATED ON TREATMENT BY A HAEMODIALYSIS**

Donetsk State Medical University

The experimentally - psychologic technique was inspected 69 ill, with CRF, on treatment HD, with the help of a questionnaire Aleksandrovich, QNPD. The features of neurosolike developments, weep cognitive of processes on clinical and subclinical levels were investigated (studied). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 47-52)

## Литература

1. Абрамов В.А., Кутько И.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации : Метод. рекомендации. - Донецк, 1992.- 19с.
2. Бачериков Н.Е., Воронцов М.В., Петрюк П.П. и др. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. - Харьков, 1995. - 276с.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности. - Киев, 1989, - с.93-96.
4. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников ВЦ (эпидемиология, клиника, динамика, ранняя диагностика и профилактика). Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - Харьков. - 1997. - с.195.
5. Бурцев А.К. Соматогенные психические расстройства. // Курс лекций по медицинской психологии и психиатрии под ред. В.А.Абрамова. - Донецк, 1998. - с.194-204.
6. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. -М., Крон-Пресс, 1997. - с.291-295.
7. Гройсман А.Л. Медицинская психология. - М., 1997. - с.221-227.
8. Иванов Ю.И., Погорелюк О.Н. Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам. - М., 1990, - с.224.
9. Исаев Д.М. Психосоматическая медицина детского возраста. - С-Пб, 1996, - с.233-312.
10. Наку А.Г., Герман Г.Н. Психические расстройства при заболеваниях почек. - Кишинев, 1981. - 180с.
11. Петрова Н.Н. Аффективно-личностные расстройства у больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом (обзор клинических и клинико-психологических исследований). // Обозрение психиатрии и мед.психологии им.В.М.Бехтерева. - С-Пб, 1995 (3-4), - с.34-42.
12. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Козлов В.В. Психогенные расстройства у больных при лечении гемодиализом. // Терапевтический архив. - М., Медицина, 1992. - N12, т.64. - с.88-91.
13. Петрова Н.Н., Волков М.М. Психосоматические аспекты адаптации больных к лечению гемодиализом. // Терапевтический архив. - С-Пб, ГМУ, 1997. - т.64, N4. - с.66-69.
14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1970. - 214с.
15. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. - Киев, 1988. - 103с.
16. Цивилько М.А. Динамика психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью в условиях гемодиализной терапии. // Актуальные вопросы патоморфоза психических заболеваний. - Свердловск, 1986. - с.36-44.
17. Aleksandrowicz I.W. // Psychopatologia Nervic. - Kharkov, 1983. - p.198.
18. Biorvell H., Hylander B. // J.intern. Med. - 1989.- Vol.226, N 5 - p.319-324.
19. Montagnac R., Defert P., Schillinger F. // Nephrologic. - 1992. - Vol. 13, N4 - p.145-149.

Поступила в редакцию 12.02.2000

УДК 616.89 – 008.1:616.12 – 009.72

*В.М. Березов, А.К. Бурцев, Т.В. Мягкова, В.Н. Караваяев***АЛЕКСИТИМИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ  
В СОПОСТАВЛЕНИИ С НЕКОТОРЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ИХ ЛИЧНОСТИ И  
ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: алекситимия, особенности личности, вегетативная нервная система, нестабильная стенокардия

Широкое распространение ишемической болезни сердца (ИБС), высокий уровень смертности и инвалидизация при этом заболевании побуждают, кроме традиционных факторов риска (артериальная гипертензия, дислиппротеидемия, курение, избыточная масса тела и др.), которые не могут объяснить всех случаев возникновения ИБС в популяции, выделять личностные, психологические, поведенческие факторы, способствующие возникновению и прогрессированию коронарной болезни сердца.

Среди конституциональных факторов, играющих роль в формировании психосоматической патологии, значительную роль в последнее время многие исследователи (Troisi A, Delle Chiaie R., Russo F. Et all., 1996, Гиндикин В.Я., 1997, Ереско Д.Б., 1994, Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., 1997) уделяют алекситимии - психологическому качеству, заключающемуся в трудности вербального и символического выражения чувств и эмоций [3,4,7,9]. Ограниченность осознания эмоций ведет к фокусированию на соматическом ком-

поненте эмоционального возбуждения [5,10].

Коронарный атеросклероз, несомненно, является основной причиной ИБС, однако, многочисленные сообщения о типичных ангинозных приступах и даже инфаркте миокарда при интактных коронарных артериях [2,8], свидетельствуют о важной роли нервно-вегетативных, биохимических нарушений рецепции, которые сопровождают развитие атеросклероза. Учитывая, что вегетативная нервная система является посредником между центральной нервной системой и внутренними органами, “проводником” эмоциональных состояний как в норме, так и в патологии, важнейшее значение приобретает изучение ее роли в генезе психовегетативных нарушений, способствующих дестабилизации ИБС.

Целью данного исследования стало выяснение соотношения между алекситимическими проявлениями и другими психологическими характеристиками и анализ их взаимосвязи с вегетативной регуляцией сердечно-сосудистой системы.

**Материал и методы исследования**

Обследован 31 больной с нестабильной стенокардией (НС) (24 мужчины и 7 женщин) в возрасте 42 – 66 лет (средний возраст  $57,4 \pm 2,1$  года). 17 больных в прошлом перенесли инфаркт миокарда. Диагноз НС выставляли в соответствии с классификацией Браунвальда (1994 г.). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Психологический статус изучали с помощью опросника FPI и Торонтской алекситимической шкалы (ТАШ). Опросник FPI (модифицированная форма В) создан для прикладных исследований с учетом построения таких опросников, как 16 PF, MMPI, EPI и др. [6]. Опросник состоит из 12 шкал (114 вопросов). Выделяли высо-

кие (7 – 9 баллов), средние (4 – 6 баллов) и низкие оценки. Для диагностики алекситимии использовали ТАШ, предложенную G. Taylor [9] и адаптированную для русско-язычного контингента в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Пациенты, набравшие по ТАШ 74 балла и более, считались алекситимичными, менее 62 баллов – неалекситимичными.

Особенности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы изучали путем математического анализа вариабельности сердечного ритма (вариационной пульсометрии) [1]. Рассчитывали моду ( $M_0$ ) – диапазон значений наиболее часто встречающихся интервалов; амплитуду моды ( $AM_0$ ) – число кардиоинтервалов,

соответствующих значению моды, отражающее влияние симпатического отдела ВНС на ритм сердца и вариационный размах (?x) – степень вариативности значений кардиоинтервалов, в большей степени связанная с тонусом парасимпатического отдела. На основе этих показателей рассчитывался индекс напряже-

ния регуляторных систем (ИН), отражающий степень централизации сердечного ритма и также связанный с уровнем симпатического тонуса. Статистическая обработка данных проводилась, учитывая характер распределения и размер выборки, с использованием параметрических критериев.

### Результаты исследования и их обсуждение

Обнаружено, что 12 больных НС (39%) имели уровень алекситимии 74 балла и выше (т.е. были алекситимичными), в то время, как в группе здоровых такой показатель имели лишь 2 исследуемых (6,5%). Неалекситимичными оказались 10 больных (32%) и 22 (71%) здоровых. Среднее значение в группе больных составило  $69,3 \pm 1,17$  балла. В контрольной группе средний балл алекситимии был  $58,0 \pm 1,06$ . При этом различие по уровню алекситимии между основной и контрольными группами высокодостоверно ( $p < 0,01$ ).

По методике FPI в группе больных средние показатели, соответствующие экстремально высокому уровню, установлены по шкалам невротичности и застенчивости, а в группе сравнения – по шкале открытости (см. табл.). Такие данные свидетельствуют о значительной степени выраженности у пациентов основной группы симптоматики астено-невротического круга, нестабильности нервной деятельности, определенной скованности, неуверенности в себе, пессимистичности. В то же время у лиц группы сравнения отмечается достоверно большая склонность к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими, большая уверенность в себе, свойственная людям без признаков невротизации. Подобный вывод подтверждается тем, что оценки по шкалам невротичности и застенчивости в группе больных достоверно выше ( $p < 0,001$ ), а по шкале открытости – ниже ( $p < 0,02$ ). В сопоставлении с данными по методике ТАШ указанные различия могут быть расценены как свидетельство связи нарушения идентификации и экспрессии эмоций, свойственных алекситимикам с проявлениями невротизации и нарушений коммуникативной активности.

Средние показатели по остальным шкалам методики FPI в обеих сравниваемых группах находятся в диапазоне средних значений, однако, установленный ряд достоверных различий между ними позволяет описать психологические тенденции, свойственные представителям изучаемого контингента больных. В группе пациентов с ИБС отмечены достоверно более низкие сред-

ние показатели по шкалам уравновешенности ( $p < 0,01$ ), реактивной агрессивности ( $p < 0,02$ ), экстраверсии ( $p < 0,0001$ ), маскулинности, спонтанной агрессивности ( $p < 0,0001$ ), общительности ( $p < 0,003$ ), причем средние значения по последним двум шкалам приближаются к низкому уровню. Можно констатировать, что в основной группе респонденты склонны представлять себя как менее открытых к общению, менее склонных к реализации активно-наступательной жизненной тактики. Подобная аутопрезентация может быть отражением как реалистичного самоощущения определенной утраты сил, астенизированной соматической болезнью, так и вымышленного собственного образа в рамках “нормопатических” (McDongal) тенденций, тесно связанных с алекситимичностью. “Нормопатичность”, “гипернормальность” алекситимиков является составной частью собственного им невыразительного, “скудного” поведенческого и эмоционального стиля.

С целью уточнения происхождения описанных выше психологических тенденций, свойственных пациентам изучаемой группы, был проведен анализ корреляционных связей показателя алекситимии с показателями методики FPI и показателей variability сердечного ритма.

Достоверные ( $p < 0,05$ ) положительные корреляционные связи показателя ТАШ установлены с показателями по шкалам реактивной агрессивности ( $r = 0,363$ ) и маскулинности ( $r = 0,364$ ) FPI, а также с показателями АМо ( $r = 0,364$ ) и ИН ( $r = 0,336$ ) вариационной пульсометрии. Вместе с этим, установлены отрицательные корреляционные связи показателя алекситимии с показателями по шкалам депрессивности ( $r = - 0,396$ ) и раздражительности ( $r = - 0,455$ ), а также ?x ( $r = - 0,346$ ) вариационной пульсометрии.

Приведенные отрицательные корреляции можно расценить как свидетельство того, что алекситимичность препятствует реализации астено-депрессивной симптоматики, сочетающейся с трофотропными тенденциями парасимпа-

тикотонии. В ситуации достаточно тяжелой соматической болезни реализация подобных тенденций была бы психологически понятной и отражала бы процесс адекватной психологической переработки ситуации болезни на эмоциональном, идеаторном и психофизиологическом уровне. Отказ же от такого стиля реагирования, как отклоняющегося от “абсолютной” нормальности в рамках реализации нормопатических тенденций не просто сглаживает поведенческий фасад, но и приобретает патогенный характер: искусственное раздувание реактивной агрессив-

ности, инфляция маскулинного (доминантного) стиля поведения в противовес вполне естественной астено-депрессивной симптоматике сопровождается мощными симпатикотоническими эффектами, усиливающими коронарораспзм. Возрастание с первых дней заболевания показателей АМо, ИН, отражающих симпатические влияния и психологические особенности личности больных нестабильной стенокардией, выявленные в настоящей работе отражают общность патогенетических механизмов этой патологии с инфарктом миокарда [1,2,8].

Таблица 1

Сравнительная характеристика психологических показателей здоровых и больных НС.

	A	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
ЗДОРОВЫЕ	58,0 ± 1,13	5,2 ± 0,35	5,9 ± 0,38	5,2 ± 0,29	6,8 ± 0,28	4,6 ± 0,34	6,1 ± 0,43	6,6 ± 0,29	5,4 ± 0,47	7,2 ± 0,36	6,0 ± 0,36	5,1 ± 0,29	5,5 ± 0,39
БОЛЬНЫЕ	69,3 ± 2,09	7,2 ± 0,37	3,1 ± 0,33	5,7 ± 0,39	6,4 ± 0,33	3,3 ± 0,26	4,6 ± 0,38	5,6 ± 0,36	7,3 ± 0,31	6,0 ± 0,37	4,3 ± 0,25	5,6 ± 0,36	4,0 ± 0,37
Достоверность различий	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,01	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,01	P < 0,01	P < 0,05	P < 0,01	P < 0,05	P < 0,01	P > 0,05	P < 0,01

Таким образом, для больных НС характерны более высокие показатели невротичности, депрессивности, эмоциональной лабильности с предрасположенностью к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации по сравнению со здоровыми лицами.

У больных с обострением ИБС алекситимия в структуре личности встречается с высокой частотой – 39%. Обнаруженные нами психологические характеристики больных НС требуют психотерапевтической и медицинской коррекции.

*В.М. Березов, О.К. Бурцев, Т.В. Мяжкова, В.М. Караваяв*

### АЛЕКСИТИМІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ У ПОРІВНЯННІ З ДЕЯКИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ЇХ ОСОБИСТОСТІ ТА ВЕГЕТАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Донецький державний медичний університет, Україна

У 31 хворих з НС вивчали взамовідношення між алекситимією, показниками методики FPI та їх взаємозв'язок з вегетативною регуляцією серцевого ритму. За допомогою Торонтської Алекситимічної Шкали (ТАШ), Фрейбурзького особистісного опитувальника (FPI) та варіаційної пульсометрії встановлена висока частота алекситимічності, невротичності, депресивності, емоційної лабильності серед хворих у порівнянні зі здоровими, а також здійснений аналіз кореляційних зв'язків між рівнем алекситимії та рівнями шкал методики FPI і вегетативними показниками. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 53-56)

**ALEXITHYMIC TENDENCIES IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA PECTORIS IN  
COMPARISON WITH SOME PECULIARITIES OF THEIR PERSONALITY AND  
VEGETATIVE SHOWING**

Donetsk State Medical University, Ukraine

The interrelations between alexithymia and showing of FPI methods as well as their relation with vegetative regulation of cardiac rhythm were studied with 31 patients with unstable angina pectoris. The high frequency of alexithymia, neurotic disorder, depression, emotional unstable among patients were discovered in comparison with patients in good health using psychological investigations Toronto Alexithymia Scale (TAS), Freiburg Personality Inventory (FPI) and record beat – to – beat variation, also the analysis of correlation ties between the alexithymia's level, levels of FPI's scales and vegetative showing was carried. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 53-56)

*Литература*

1. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. –М.: Наука, 1984 – 220 с.
2. Волков В.С. О роли спазма в патогенезе стенокардии. // Кардиология. –1990. – том 30, №12. – с.79–80.
3. Гиндикин В.Я. Соматоморфные, соматогенные и психосоматические расстройства. // Лексикон малой психиатрии. М., 1997 г. – с.274–328.
4. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я. и соавт. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. // Клин. медицина. –1997.- №11.- с.32–34.
5. Ерьсько Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах. Метод. пособие. – СПб.,1994.
6. Личностный опросник FPI. // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. Учебное пособие п. ред. Крылова А.А. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1990, - с.51-61.
7. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - №2. – с.18-24
8. Соколов Е.И., Подачин В.П., Белова Е.В. Эмоциональное напряжение и реакции сердечно-сосудистой системы. М.: Наука. 1990.- 238 с.
9. Taylor G.I., Begby R.M., Ryan D.P. et all. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale // Psychosom Med, 1988, N50, p. 500 – 509.
10. Weinryb R.M., Gustavsson J.P., Asberg M., Rossel R.J. The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports.// Acta Psychiatr Scand, 1992, N 85, p.153-162.

Поступила в редакцию 18.10.2000г.

УДК 616.892-02:616.831-0051

*О.Е.Дубенко***ДЕМЕНЦИЯ В СТРУКТУРЕ КАРДИОГЕННЫХ ИНСУЛЬТОВ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Ключевые слова: деменция, инсульт, фибрилляция предсердий

Деменции занимают большой удельный вес в структуре острой и хронической сосудистой патологии мозга. Частота сосудистых деменций имеет четкую тенденцию к нарастанию [1]. Одним из частых причинных факторов сосудистых деменций являются недостаточно изученные кардиогенные нарушения мозгового кровообращения или лакунарные инсульты.

В большинстве случаев они являются клинически «немыми» или малосимптомными [2].

В ряде исследований показано, что «немые» лакунарные инфаркты довольно часто обнаруживаются у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП), а ишемическая болезнь сердца (ИБС) увеличивает риск развития мелких глубинных инфарктов [3]. Мы поставили цель оценить частоту лакунарных инфарктов у больных с фибрилляцией предсердий с помощью МРТ-исследования и формирование у них синдрома деменции при развитии «лакунарных состояний» мозга.

**Методы исследования**

Всем больным проводилась МРТ головного мозга на томографе «Образ-1» (Москва, Россия) с использованием T1 и T2 взвешенных изображений (ВИ) и толщиной срезов 6-8 мм. При МРТ оценивали наличие, локализацию и размеры инсультного очага и множественных мелких лакунарных инфарктов, а также состояние желудочковой системы и субарахноидального пространства. Для оценки состояния сердца и внутрисердечной гемодинамики проводи-

лась эхокардиография (Эхо-КГ) на аппарате «Алока-650» (Япония). Определяли размеры полостей сердца: левого предсердия (ЛП), конечный систолический (КСР) и конечный диастолический (КДР) размеры левого желудочка (ЛЖ), а также конечный систолический (КСО) и конечный диастолический (КДО) объемы ЛЖ, ударный объем (УО) и фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Проведен статистический анализ полученных результатов.

**Результаты и их обсуждение**

В обследование включены 119 больных с инсультом, у которых в анамнезе ранее не отмечалось нарушений мозгового кровообращения. Больные были в возрасте от 41 до 79 лет, мужчин - 56, женщин - 63. У всех больных была постоянная форма ФП, неклапанная при ИБС - у 83 (69,7 %), клапанная при ревматических пороках сердца - у 36 (30,3 %). ФП у всех больных существовала длительно - от 3 до 15 лет и сопровождалась хронической недостаточностью кровообращения (НК). НК I стадии диагностирована у 17 больных, НК II А стадии - 67, НК II Б стадии - 35 больных. У 37 (31 %) больных в анамнезе отмечалось умеренное повышение цифр артериального давления, не превышающие 180/100 мм рт.ст. Больные с сахарным диабе-

том в обследование не включались. Ишемические инсульты у преобладающего большинства - 105 (88,2 %) развились в каротидных бассейнах (СМА), левом - у 67 (56,3 %) правом - у 38 (31,9 %). У 14 (11,8 %) больных инсульт развился в вертебро-базиллярном бассейне, при этом инфаркты мозга визуализировались на МРТ в затылочной доле - у 4 больных, в области варолиевого моста - у 4, в области продолговатого мозга и полушарий мозжечка - у 6 больных. Инфаркты в бассейне СМА визуализировались в виде зоны повышенного МР-сигнала на T2 ВИ в проекции теменной, теменно-височной или лобно-теменно-височной долей. Инфаркт имел клиновидную форму и распространялся на кору и прилежащее белое вещество больших полушарий.

У 14 из них в зоне инфаркта наблюдалось неравномерное повышение МР-сигнала на T1 ВИ, что дало основание предполагать геморрагическую трансформацию инфаркта мозга. Средние размеры инфарктов в бассейне СМА составили  $61,64 \pm 3,3 \times 43,92 \pm 2,04 \times 37,63 \pm 2,07$  мм, в вертебро-базиллярном бассейне –  $21,8 \pm 6,9 \times 21,4 \pm 4,2 \times 16,1 \pm 2,2$  мм.

Наряду с зоной инфаркта у 33 (30,2 %) боль-

ных визуализировались мелкие множественные очаги повышенного МР-сигнала на T2 ВИ размерами от 2 до 12 мм в диаметре. Эти очаги локализовались в перивентрикулярном белом веществе больших полушарий в 92 % случаев, в подкорковых ганглиях - в 71 % случаев, в основании варолиевого моста - в 11 %. В таблице 1 представлена частота выявления лакунарных инсультов (ЛИ) в зависимости от стадии НК.

Таблица 1

Влияние недостаточности кровообращения на формирование сосудистых деменций у больных кардиогенным инсультом

Изменения МРТ	НК I ст.	НК II ст.	НК II Б ст.
Лакунарные инфаркты	1 (5,9 %)	18 (26,9 %)	14 (40 %)
Расширение субарахноидальных пространств	4 (23,5 %)	41 (61,2 %)	27 (77,1 %)
Расширение желудочковой системы	0	25 (37,3 %)	16 (45,7 %)
Лейкоараиозис	0	3 (4,5 %)	4 (11,4 %)

Из представленной таблицы видно, что частота выявления ЛИ достоверно увеличивается в зависимости от прогрессирования НК. Так, при НК I множественные ЛИ определялись только у 1 больного, а при НК IIБ - у 49 % больных. При этом наличие ЛИ на МРТ не коррелировало у данных больных с наличием АГ. Расширение ликворосодержащих пространств определялось у значительной части больных и четко зависело от стадии НК. При этом чаще наблюдалось расширение субарахноидальных пространств, чем желудочковой системы. Следует отметить также и возрастные особенности больных с ЛИ. Так, ЛИ визуализировались у больных старше 55 лет, тогда как расширение ликвороносных пространств наблюдалось у больных всех возрастных групп. В литературе имеется точка зрения, что мелкие глубинные ЛИ у больных с потенциальными источниками кардиогенной эмболии, ведущее место среди которых занимает ФП, являются результатом микроэмболий. Эта точка зрения основывается на том, что у таких больных при транскраниальной доплерографии определяются множественные асимптомные церебральные микроэмболии из сердца [4, 5].

У 7 (5,8 %) больных наблюдались обширные сливные зоны диффузного усиления МР-сигнала на T2 ВИ, расположенные в белом веществе

перивентрикулярно с двух сторон. Эти изменения определяются как лейкоараиозис [6]. В нашем исследовании они наблюдались у пациентов старше 60 лет с сопутствующей АГ.

Для больных обследованной группы характерны изменения плотности вещества мозга, расширение ликворопроводящих пространств, что является проявлением атрофического процесса. Все вышеуказанные данные свидетельствуют о том, что у данных больных были ранее нарушения мозгового кровообращения, которые были клинически «немыми», но приводили к очаговой и диффузной патологии мозга. Указанные изменения, по-видимому, и послужили основой к формированию и нарастанию сосудистой деменции. Несомненно, что ряд морфологических изменений мозгового вещества у данных больных не могли достаточно визуализироваться на МРТ мозга.

Результаты эхо-КГ указывали на значительную дисфункцию миокарда в результате значительного увеличения левых отделов сердца (ЛП, КСР, КДР). Показатели внутрисердечной гемодинамики указывали на снижение систолической функции ЛЖ в виде достоверного увеличения КСО и КДО ЛЖ и снижения ФВ. Отмеченные изменения прогрессировали в зависимости от стадии хронической НК.

Таким образом, снижение систолической функции ЛЖ у обследованных больных приводило к выраженному ослаблению сократимости миокарда и значительному снижению сердечного выброса, что неблагоприятно для поддержания оптимального уровня мозговой перфузии и не обеспечивает адекватный метаболизм органов и тканей, и в первую очередь, головного мозга.

Сосудистая деменция у обследованных нами больных у 71 % носила мультиинфарктный характер, а у 29 % - т.н. стратегический, т.е. зависела от локализации процесса.

Психометрические исследования показали, что у 31 % деменция имела легкую степень, а у 27 % - умеренную. У 97 % всех больных отмечены нарушения произвольной памяти разной степени, нарушения кратковременной вербальной памяти составляли  $2,4 \pm 0,1$  балла.

Вербально-мнестические дисфункции прогрессировали по мере нарастания деменции с вовлечением всех звеньев вербальной памяти, отмечены также значительные оптико-мнестические нарушения ( $2,3 \pm 0,4$  балла). Снижение продуктивности мыслительных операций составило  $2,3 \pm 0,7$  балла, критичности  $2,1 \pm 0,5$ . Гностические расстройства зрительного типа были у 67 %, а акустического у 61 % больных, динамический праксис страдал у 51 %, а конструктивный у 69 %.

Речевые нарушения проявлялись преимущественно в форме акустико-мнестической афазии. В 47 % случаев наблюдалось поражение семантического компонента при относительной сохранности фонематического компонента и моторной речи. Отмечалось оскудение и распад экспрессивной речи, наличие речевых автоматизмов, в частности логоклоний. Указанные нарушения часто сочетались с экстрапирамидным тремором и ригидностью. Постепенно терялась возможность себя обслуживать, контролировать функции тазовых органов.

Указанные симптомы деменции при кардиогенных инсультах во многом зависели от состояния сердечной деятельности.

Таким образом, немые лакунарные инфаркты мозга выявляются при МРТ-исследовании почти у трети больных кардиоэмболическим инсультом на фоне ФП и хронической НК. Частота выявления ЛИ, а также расширения ликворосодержащих пространств у больных ФП находится в зависимости от возраста и стадии НК. Эти данные указывают на то, что гипоксия, вызванная хронической НК, у больных с длительно существующей ФП, является фактором, увеличивающим риск лакунарного поражения мозга и сосудистой деменции, которая часто входит в клиническую структуру кардиогенного инсульта.

**О.Є.ДУБЕНКО**

## **ДЕМЕНЦІЇ В СТРУКТУРІ КАРДІОГЕННИХ ІНСУЛЬТІВ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

В результаті вивчення 119 хворих з кардіогенними інсультами показано, що значна частота деменцій у них пов'язана з виникненням лакунарних станів мозку. Локалізація лакунарних інсультів була в білій речовині мозку, базальних гангліях, мозковому стволі. Це привело до формування у них судинних деменцій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 57-59)

**O.E.Dubenko**

## **DEMENTIA IN STRUCTURE OF CARDIOGENIC STROKE**

Kharkov Medical Academy of the Postgraduate Education

The aim of this study was to determine the frequency and risk for presence of silent lacunar brain infarcts on magnetic resonance imaging in 119 patients with first-ever ischemic stroke who had atrial fibrillation and chronic heart failure. Lacunar infarcts were detected in 30.2 % patients. Locations of infarcts foci were in the deep white-matter, basal ganglion and brain stem. Significant prevalence of silent lacunar infarcts and leukoariosis in patients with severe heart failure leads to dementia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 57-59)

### *Литература*

1. Ozeren A., Sarica Y., Acaturk E., Koc F., Demir M., Eroglu H. Silent brain infarcts and coronary heart disease //European Journal of Neurology.-1995.-Vol.2.-Suppl.2.-P.77.
2. Mast H., Thompson J.L.P., Voller H., Mohr J.P., Marx P. Cardiac sources of embolism in patients with pial artery infarcts and lacunar lesions //Stroke.-1994.-Vol.25.-P. 776-781.
3. Rubio F., Peres-Serra J. Deep cerebral infarcts in cardiac

- embolism //European Journal of Neurology.-1995.-Vol.2.-Suppl.2.-P.78.
4. Russell D. The detection of cerebral emboli using Doppler ultrasound //European Journal of Neurology.-1995.-Vol.2.-Suppl.2.-P.159.
5. Yoshimoto H., Nagatsuka K., Sakaguchi M. Transcranial and transesophageal Doppler studies on micro-embolic signals from the heart //Cerebrovascular Diseases.-1996.-Vol.6.-Suppl.2.-P. 157.

Поступила в редакцію 21.11.2000г.

УДК 616.43:616.89

*А.М. Дергачев***КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  
ВТОРИЧНЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ  
ТИРЕОИДИТОМ**

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Украина

Ключевые слова: сексуальное здоровье женщины, аутоиммунный тиреоидит, психо-сексуальный тренинг

Одной из основных проблем современной сексологии является увеличение частоты вторичных сексуальных дисфункций, которые развиваются на фоне соматических заболеваний организма. За последние 15-20 лет заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) у женщин в Украине выросла в среднем в 20 раз и является наиболее частой причиной возникновения патологического типа сексуальной дезадаптации у женщин детородного возраста. В большинстве случаев АИТ протекает с глубокими гормональными, соматическими, неврологическими нарушениями, которые у многих женщин приводят к расстройствам сексуального здоровья.

Нарушения сексуального здоровья у женщин при АИТ развиваются по типу синдрома дезактуализации и реадаптации сексуального поведения. Данный синдром развивается при многих соматических заболеваниях, но его течение при АИТ имеет некоторые особенности. В частности, отсутствует первая фаза вынужденной абстиненции, но вследствие поражения нейро-гуморальной составляющей копулятивного цикла у пациенток происходит дезактуализация сексуальных интересов, уменьшается сексу-

ально-эротическая мотивация поведения, изменяются в сторону снижения основные феномены женской сексуальности – развивается гиполибидемия, значительно снижается эрогенная реактивность, т.е. уменьшается способность воспринимать сексуальные стимулы и отвечать на них физиологическими реакциями, сопровождающимися стремлением к близости и сладострастно окрашенными переживаниями, отмечается снижение и даже утрата оргастичности – способности к переживанию ощущения разрядки в процессе полового акта, уменьшается lubricация (увлажнение половых путей женщины под влиянием эротической стимуляции). Во второй фазе синдрома, после периода адаптации к изменению соматического здоровья, у большинства пациенток сексуальные интересы и потребности восстанавливаются, но их удовлетворение затрудняется из-за выраженных изменений стереотипа сексуального поведения и феноменов женской сексуальности.

Мы не встретили в специальной литературе каких-либо рекомендаций по психотерапевтической коррекции нарушений сексуального здоровья у женщин при аутоиммунном тиреоидите.

**Материал и методы исследования**

В настоящей работе представлены данные собственных исследований, в результате которых разработана система психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары, в которой супруга страдает аутоиммунным тиреоидитом. Предложенная система базируется на принципах комплексности, последовательности, этапности и дифференцированности в каждом отдельном случае. Изучались основные феномены женской сексуальности – либидо, эрогенная реактивность, оргастичность и lubricация.

Наблюдалось 77 замужних женщин с ауто-

иммунным тиреоидитом в возрасте от 25 до 45 лет. Из них 49 (63,6%) пациенток было в возрасте от 25 до 35 лет, а 28 (36,4%) в возрасте от 36 до 45 лет. У 18 (23,4%) женщин заболевание длилось в течение 1 года, у 32 (41,5%) от 1 до 3 лет, у 12 (15,6%) от 3 до 5 лет, 15 (19,5%) болели АИТ свыше 5 лет. Важно отметить, что до заболевания АИТ женщины имели удовлетворительные показатели сексуального здоровья, никогда ранее не обращались за помощью к сексопатологу.

В ходе исследований выделено три степени снижения всех феноменов, определяющих кли-

нические проявления сексуальной дисфункции. Так, к легкой степени снижения женской сексуальности были отнесены случаи со снижением феноменов до 25%, к умеренной - до 50%, и к выраженной – свыше 50%.

Снижение либидо легкой степени обнаружено у 17 (22,%) , умеренной у 22 (28,6%) и выраженной степени у 38 (49,3%) женщин. Снижение эрогенной реактивности легкой степени выявлено у 18 (23,4%), умеренной - у 26 (33,8%) и выраженной степени - у 33 (42,8%) женщин. Снижение оргастичности легкой степени обнаружено у 23 (29,9%), умеренной - у 37 (48,0%) и выраженной степени - у 17 (22,1%) женщин. Снижение lubricации легкой степени установлено у 19 (24,6%), умеренной - у 46 (59,8%) и выраженной степени - у 12 (15,6%) женщин.

Для лечения вторичных сексуальных дисфункций использовалось максимально раннее назначение системы психотерапевтической коррекции, основанной на результатах системно-структурного анализа сексуальной гармонии у каждой супружеской пары. В соответствии со структурой личности психотерапевтическая коррекция была обращена к трем её подсистемам - интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной, и состояла из трех компонентов: когнитивного (информационного), конативного (поведенческого) и аффективного (эмоционального).

Для ликвидации невротических нарушений и эмоционально-волевых расстройств, проводилась психотерапия, конечной целью которой была выработка адекватных форм реагирования и поведения. Параллельно с этим, назначали рациональную (индивидуальную и парную) гипно-суггестивную психотерапию и аутогенную тренировку. С помощью методов реконструктивно-личностной и персоналистической психотерапии корректировали характерологические особенности и межличностные отношения супругов. В ходе рациональной психотерапии разъясняли механизм развития сексуальных нарушений при аутоиммунном тиреоидите и их обратимость в результате лечения. Обучали супругов правильным формам реагирования и оптимизации сексуально-эротических реакций. С целью ликвидации эмоциональных реакций женщин на состояние своего здоровья и сексуальную дисгармонию, проводили рассудочную психотерапию, гипно-суггестию и аутогенную тренировку. Одновременно с мужьями больных проводили инструктивные беседы, разъясняя им необходимость правильного сексуального поведения в предварительный, заключительный периоды и во время

самого полового акта, важность правильных форм общения и реагирования на заболевание жены для сохранения сексуальной гармонии. С целью профилактики углубления синдрома дезактуализации сексуального поведения особо обращалось внимание на недопустимость прекращения сексуальных контактов. На втором этапе переходили к психотерапевтической коррекции сексуально-эротической дезадаптации супругов, обусловленной изменениями в организме жены на фоне АИТ. Коррекция сексуально-эротической дезадаптации проводилась после нормализации межличностных отношений супругов, которая неизбежно возникала в этих случаях. Вначале осуществляли ролевой психо-сексуальный тренинг, направленный на нормализацию поло-ролевого поведения, а затем сексуально-эротический тренинг, направленный на расширение диапазона приемлемости супругов, достижение соответствия проведения предварительного, заключительного периодов и самого полового акта.

Ролевой психо-сексуальный тренинг проводился в пять этапов. На первом, информационно-разъяснительном этапе, применяли рациональную психотерапию в виде индивидуальных и групповых бесед, задачей которых было информирование пациентов о правильном поло-ролевом поведении. На втором этапе, психологической аверсии, с помощью методов разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения у пациенток вырабатывали негативное отношение к своему неправильному поло-ролевому поведению. Третий, реконструктивный этап, проводился в форме индивидуальных и парных собеседований, имевших целью формирование у супругов новых поло-ролевых установок. На четвертом этапе, представляющем собой собственно поло-ролевой тренинг, использовали индивидуальную и парную психокоррекцию с помощью ролевого поведенческого тренинга для выработки нормального поло-ролевого поведения. Пятый, поддерживающий этап психотерапии был посвящен поведенческому тренингу и индивидуальным и парным собеседованиям, проводимым для закрепления выработанного правильного поло-ролевого поведения супругов.

Далее переходили к психотерапевтической коррекции возникшей психологической и социально-психологической дезадаптации супругов на фоне АИТ у жены. Психотерапевтическую коррекцию проводили в пять этапов. На первом этапе использовали супружескую психотерапию в форме дискуссий с ориентацией на тематическое и интеракционное обсуждение, направленных на коррек-

цию характерологических особенностей и межличностных отношений супругов. Второй этап, имевший целью повышение уровня общения и культуры отношений супругов, был посвящен обсуждению особенностей психологии общения, причин возникновения супружеских конфликтов и их влиянию на сексуальную гармонию. Отдельные занятия были посвящены путям разрешения супружеских конфликтов, межличностным отношениям в семье и психогигиене семейных отношений. Задачей третьего этапа психотерапевтической коррекции, проводившегося в форме индивидуальных и групповых занятий, было повышение осведомленности пациентов об их заболевании, о связанной с ним сексуальной дисгармонии и роли личности в её возникновении. При этом использовали метод разъяснения, убеждения, внушения. На четвертом, реконструктивном этапе эти же методы применялись для формирования новых установок, типов реагирования супругов, создания перспектив на адекватную форму разрешения конфликтных ситуаций, для перестройки активности, направленности личности, самооценки и уровня притязаний больных в соответствии с реальными условиями жизни, что способствовало их максимальной персонализации. Пятый этап был направлен на подкрепление достигнутого уровня межличностных отношений: проводилась поддерживающая психотерапия в форме индивидуальных и совместных бесед.

Сексуально-эротический тренинг проводился

### Полученные результаты и их обсуждение

В результате применения системы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья изменения либидо выглядели следующим образом - у 49 (63,6%) либидо восстановилось полностью, улучшилось - у 17 (22,1%) и осталось без изменений - у 11 (14,3%). Снижение либидо легкой степени осталось у 13 (16,8%), умеренной степени у 9 (11,7%), выраженной у 6 (7,8%) женщин. Причем, в группе болеющих сроком до 1 года, либидо восстановилось у всех 18 (100%) пациенток. В группе со сроком заболевания от 1 до 3 лет, либидо восстановилось у 27 (84,4%) и улучшилось у 5 (15,6%) женщин. При длительности заболевания от 3 до 5 лет нормализация либидо отмечена у 4 (33,3%), улучшение у 7 (58,3%), отсутствие изменений выявлено у 1 (8,3%) женщины. В этой группе слабая степень снижения выявлена у 6 (50,0%), а умеренно выраженная степень снижения либидо сохранялась у 2 (16,7%) пациенток. Среди жен-

в четыре этапа. Первый, информационно-разъяснительный, этап проводили в форме индивидуальных, парных и групповых бесед, задачей которых было повышение знаний супругов о колебаниях сексуальности, психофизиологии и технике полового акта при аутоиммунном тиреоидите у жены. Целью второго этапа (психологической подготовки супругов) была выработка новой установки на проведение полового акта, что достигалось также с помощью индивидуальных и парных бесед. Третий этап представлял собой собственно тренинг сексуальных реакций супругов, которые учились правильно воздействовать на эрогенные зоны друг друга и выбирать адекватную технику полового акта, что позволяло оптимизировать их сексуальное поведение. На поддерживающем, четвертом этапе в индивидуальных и парных беседах закреплялись выработанные оптимальные формы сексуальных контактов.

В ходе лечения основного заболевания, после периода адаптации к изменениям показателей сексуального здоровья, происходило восстановление половой активности либо путем возвращения к имевшемуся до заболевания стереотипу сексуальных отношений, либо путем формирования нового стереотипа сексуальных отношений. При значительной длительности заболевания наблюдался переход от простой дезактуализации к невротическим проявлениям широкого диапазона, от «чисто» экзальгационных симптомов до функционального снижения.

щин, страдающих АИТ более 5 лет, либидо не восстановилось ни в одном случае, улучшение произошло у 5 (33,3%), а у 10 (66,7%) изменения отсутствовали. У 2 (13,3%) выявлена легкая степень снижения, у 7 (46,7%) умеренно выраженная, а у 6 (40,0%) выраженная степень снижения либидо. Выявлены также различия результатов лечения в зависимости от формы заболевания. Так, у 36 (73,5%) пациенток с диффузной формой АИТ либидо восстановилось полностью, а у 13 (26,5%) улучшилось. У 9 (18,4%) сохранялась легкая, а у 4 (8,2%) умеренно выраженная степень его снижения. При наличии узловой формы АИТ либидо восстановилось у 13 (52,0%) и улучшилось у 4 (16,0%) женщин, а у 8 (32,0%) изменений не последовало. У 4 (16,0%) отмечалась легкая, у 4 (16,0%) умеренно выраженная и у 4 (16,0%) выраженная степень снижения либидо. При атрофическом варианте АИТ после проведенного лечения либидо не улучшилось у

всех 3 (100,0%) пациенток этой группы: 1 (33,3%) пациентки выявлена умеренно выраженная, а у 2 (66,7%) выраженная степень снижения либидо даже после проведенного курса лечения.

После проведенной психотерапевтической коррекции изменения эрогенной реактивности были следующими - у 47 (61,0%) пациенток эрогенная реактивность нормализовалась, у 21 (27,3%) улучшилась, а у 9 (11,7%) эрогенная реактивность не изменилась. Снижение легкой степени осталось у 16 (20,7%), умеренной у 9 (11,6%), выраженной у 5 (6,5%). Причем, при длительности заболевания до 1 года эрогенная реактивность восстановилась у всех 18 (100,0%) женщин. У 25 (78,1%), болеющих 1-3 года, эрогенная реактивность восстановилась полностью, у 7 (21,9%) улучшилась. При длительности заболевания от 3 до 5 лет у 4 (33,3%) отмечено полное восстановление, а у 6 (50,0%) улучшение эрогенной реактивности. У 2 (16,7%) женщин этой группы после проведенной терапии эрогенная реактивность не изменилась. У 5 (41,7%) женщин выявлена легкая, а у 3 (25,0%) умеренно выраженная степень его снижения. Среди пациенток, болеющих свыше 5 лет, у 8 (53,3%) отмечено улучшение эрогенной реактивности, а у 7 изменения не выявлены. Так, у 4 (26,7%) женщин, болеющих АИТ свыше 5 лет, выявлена легкая, у 6 (40,0%) умеренная, а у 5 (33,3%) выраженная степень снижения эрогенной реактивности. На фоне проведенной психотерапевтической коррекции у 36 (73,5%) женщин с диффузной формой АИТ эрогенная реактивность восстановилась, а у 13 (26,5%) улучшилась. У 11 (44,0%) женщин с узловой формой АИТ отмечено полное восстановление, у 7 (28,0%) улучшение, а у 7 (28,0%) отсутствие динамики эрогенной реактивности. При атрофической форме у 1 (33,3%) отмечено улучшение, а у 2 (66,7%) динамика отсутствовала.

В результате проведенной терапии у 50 (64,9%) пациенток оргастичность восстановилась, у 17 (22,1%) улучшилась, а у 10 (12,9%) не улучшилась. Так, слабая степень снижения осталась у 12 (15,6%), умеренная у 9 (11,6%), выраженная у 6 (7,8%) женщин. В группе со сроком заболевания до 1 года у всех 18 (100,0%) женщин наблюдалось полное восстановление оргастичности. У 30 (93,7%) женщин с длительностью заболевания от 1 до 3 лет отмечено восстановление оргастичности, а у 2 (6,2%) улучшение, где выявлена слабая степень её снижения. Среди болеющих АИТ от 3 до 5 лет у 2 (16,7%) оргастичность восстановилась, у 9

(75,0%) улучшилась, а у 1 (8,3%) не изменилась. При длительности течения АИТ свыше 5 лет после проведенной терапии у 6 (40,0%) женщин оргастичность улушилась, а у 9 (60,0%) осталась без улучшения. У 38 (77,6%) обследованных женщин с диффузной формой АИТ после проведенного лечения оргастичность восстановилась, у 11 (22,4%) улучшилась. Восстановление оргастичности так же наблюдалось у 12 (48,0%) женщин с узловой формой АИТ. У 3 (100,0%) женщин с атрофическим вариантом течения АИТ отсутствовала положительная динамика, где сохранилась выраженная степень снижения оргастичности.

После проведенной терапии у 56 (72,3%) пациенток lubricация восстановилась, у 15 (19,5%) улучшилась, а у 6 (7,8%) не претерпела положительной динамики. Так, слабая степень снижения осталась у 10 (12,9%), умеренная у 7 (9,0%), выраженная у 4 (5,2%) женщин. У всех 18 (100,0%) женщин, болеющих в течение 1 года, выявлено восстановление lubricации. У 31 (96,9%) пациенток, болеющих 1-3 года, lubricация полностью восстановилась, а у 1 (3,1%) улучшилась, где сохранилась слабая степень её снижения. У 7 (58,3%) женщин, болеющих от 3 до 5 лет, lubricация восстановилась, у 4 (33,3%) улучшилась, а у 1 (8,4%) не изменилась. В группе пациенток, где АИТ отмечался более 5 лет, полного восстановления не было ни у кого, но у 10 (66,7%) отмечалась положительная динамика, а у 5 (33,3%) она отсутствовала. У 48 (97,9%) женщин с диффузной формой АИТ нарушенная lubricация восстановилась, а у 1 (2,1%) отмечено улучшение, где выявлена слабая степень её снижения. У 8 (32,0%) с узловой формой АИТ lubricация восстановилась, у 12 (48,0%) улучшилась, а у 5 (20,0%) не изменилась. У 2 (66,7%) пациенток с атрофической формой АИТ показатели lubricации улучшились, а у 1 (33,3%) не изменились.

Таким образом, все феномены женской сексуальности нарушались и восстанавливались практически синхронно. Значительно лучший эффект был получен у пациенток с длительностью заболевания до 3 лет и с диффузной формой АИТ. У пациенток, болеющих свыше 5 лет, и с атрофическим вариантом течения заболевания динамика улучшения была незначительной.

При оценке результатов применения системы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья у женщин при АИТ было отмечено, что в общих разновидностях отношений после завершения фазы реадaptации просле-

живалась общая закономерность - сдвиг в сторону преобладания личностного, «чисто» человеческого компонента устанавливаемых отношений над компонентом специфически сексуальным. Хотя успех реадaptации зависел от длительности и формы заболевания, возраста, половой конституции и личностных особенностей, особую роль играли семейный статус и межличностные отношения супругов. Наиболее устойчивые результаты наблюдались у супружеских

пар при взаимной межличностной слаженности и в обоюдной заинтересованности в восстановлении половой активности.

Таким образом, раннее применение предложенной системы психотерапевтической коррекции нарушений сексуального здоровья, позволяет существенно улучшить феномены женской сексуальности, что улучшает качество интимной жизни у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

*О.М.Дергачов*

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВТОРИННИХ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК З АУТОІМУННИМ ТИРЕОІДИТОМ**

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

У статті узагальнюються дані власних досліджень 77 пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом (АІТ). Вивчені зміни основних феноменів жіночої сексуальності. Порушення сексуального здоров'я у жінок з АІТ розвиваються по типу синдрому дезактуалізації та реадaptації сексуальної поведінки. При АІТ внаслідок ураження нейрогуморальної складової копулятивного циклу у пацієнток відбувається дезактуалізація сексуальних інтересів, знижується сексуально-еротична мотивація поведінки, розвиваються гіполібідемія, гіпооргазмія, знижується ерогенна реактивність та лубрикація. Після періоду адаптації до зміни соматичного здоров'я у більшості пацієнток сексуальні інтереси відновлюються, але їх задоволення ускладнюється із-за виражених змін стереотипу сексуальної поведінки та феноменів жіночої сексуальності.

Застосовувались реконструктивно-особиста, персоналістична, розумова та подружня психотерапія, ролевий психо-сексуальний та сексуально-еротичний тренінг, гіпноугестія, аутогенне тренування.

Показана висока ефективність лікування вторинних сексуальних дисфункцій методом психотерапевтичної корекції, побудованому на результатах системно-структурного аналізу сексуальної гармонії подружньої пари. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 60-64)

*A.M.Dergachov*

## **CLINICAL PECULIARITY OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SECONDARY SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS**

Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Association

In this article the author generalizes findings of his study of 77 patients with autoimmune thyroiditis (AIT). The basic phenomena of feminine sexuality have been examined. Disturbances of the sexual health in women with AIT develop similar to syndrome of desactualization and readaptation of sexual behaviour. In AIT due to the impairment of the neurohumoral component of the copulative cycle the patients develop desactualization of sexual interests and reduction of sexually erotic motivation of their behaviour, hypolubidemia, hypoorgasmia develop and erogenic reactivity and lubrication decrease. Following the period of adaptation to the altered somatic health the majority of the patients restore their sexual interests and requirements, but their satisfaction becomes difficult because of the pronounced changes in the stereotype of sexual behaviour and phenomena of feminine sexuality.

Reconstructivo-personal, personalistic, cognitive, conjugal psychotherapy, role-playing psychosexual and sexually erotic training, hypnosuggestion, autogenic training have been employed.

A high efficacy of treating secondary sexual dysfunctions by the method of psychotherapeutic correction based on the results of systemic structural analysis of the sexual harmony of the married couple has been demonstrated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 60-64)

### *Литература*

1.Аверьянов Ю.Н. Неврологические проявления гипотиреоза.//Неврологический журн. - 1996. - №1. - С. 25 - 29.

2.Бунявичус 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.

3.Бунявичус Р. Психическая патология у больных аутоиммунным тиреоидитом. //Журн. Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - №1. - С. 24 - 28.

4.Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Т.1. Нормальная сексология. - Харьков: ЧП «Академия сексологических исследований»,1997, - 352 с.

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

6.Clinical aspects of recurrent postpartum thyroiditis/Lazarus J.H., Ammari F., Oretti R. et al.//Brit. J. Gen. Practice. - 1997. - Vol.47, №418. - P.305 - 308.

7.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.

8.Margusee E, Hill J.A., Mandel S.J. Thyroiditis after pregnancy loss//J. Clinical Endocrinol. Metabolism. - 1997. - Vol.82, №8. - P.2455 - 2457.

Поступила в редакцию 21.09.2000г.

УДК 616.895.8-08

Є.Г. Сонник

## ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ШИЗОФРЕНІЮ У ЧОЛОВІКІВ І ОЦІНКА СЕКСУАЛЬНОЇ ЗЛОЧИННОСТІ СЕРЕД НИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СЕЗОНУ РОКУ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Ключові слова: шизофренія, сексуальний злочин, сезон року

Проблема насильства в нашому суспільстві кожного року набуває все більшої актуальності. Соціально-економічна нестабільність, масове безробіття, відкрита пропаганда насильства в засобах масової інформації, літературній, кіно- та відеопродукції, відсутність вікових критеріїв для їх споживачів - ось тільки декілька факторів, що призводять до ескалації насильства в країні. З усіх видів злочинів проти особистості сексуальні злочини є одними з найбільш небезпечних, особливо враховуючи їх частоту [1].

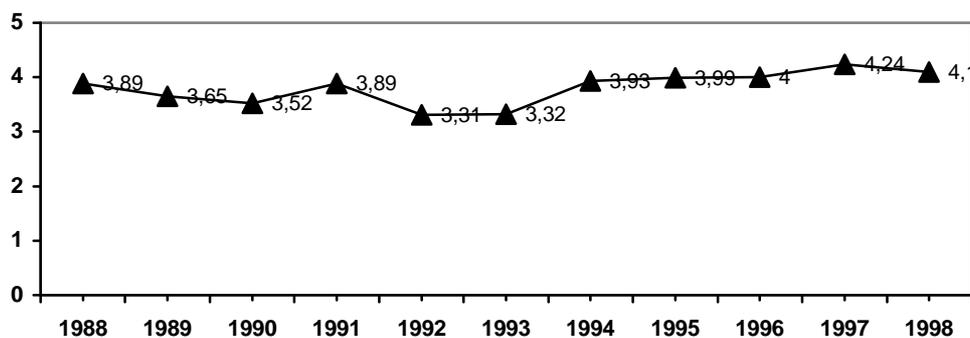
Серед населення панує думка, що більшість злочинів проти особистості скоюють особи, що страждають на будь-які психічні захворювання. Вчені проводять епідеміологічні дослідження з цього питання. Деякі з них підтверджують цю думку, інші - заперечують [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9]. З метою вивчення означеного питання і встановлення питомої ваги в структурі сексуальної злочинності хворих на шизофре-

нію, і проведено дане дослідження.

Нами проведений аналіз кількості госпіталізованих чоловіків, хворих на шизофренію, які лікувалися в 1988-1998 роках у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні. Вивчено групу, яка складається із 11 806 чоловіків, хворих на шизофренію, що проходили стаціонарне лікування. Середній вік за всі роки дорівнює:  $M \pm m$   $37,83 \pm 0,25$  років ( $p < 0,001$ ), тобто відносно найбільш працездатні молоді чоловіки. 6376 (54,01%) обстежених хворих більшу частину життя провели в місті або в селищі міського типу, а 5430 (45,99%) були жителями сільської місцевості.

Госпіталізованих вперше було 5308 (44,96%) чоловік, повторно госпіталізованих - 6498 (55,04%).

Динаміка показників первинної госпіталізації хворих на шизофренію за роками за досліджуваний період на 100 тис. населення показана на мал. 1.



Мал. 1. Динаміка показників первинної госпіталізації хворих на шизофренію за період з 1988 по 1998 роки (на 100 тис. нас.)

З малюнка 1 видно, що показник первинної госпіталізації у період з 1988 по 1998 роки збільшився у 1,05 раза.

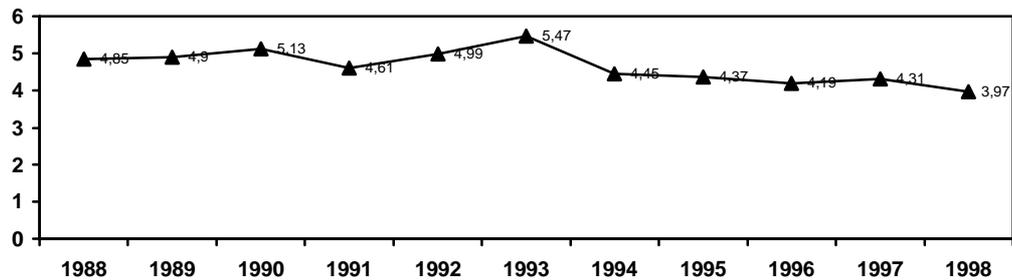
Динаміка кількості повторно госпіталізованих хворих на шизофренію по роках на 100 тисяч на-

селення зображена графічно на мал. 2.

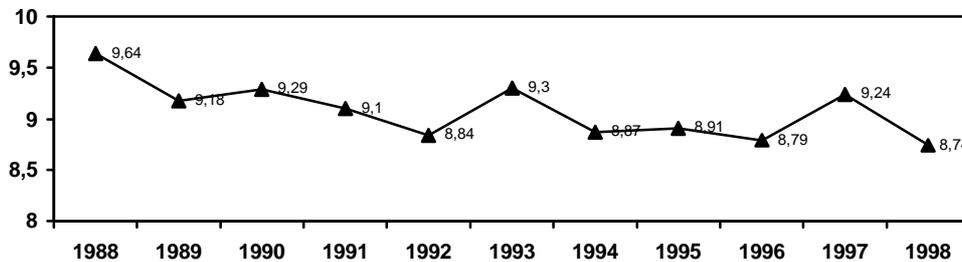
З малюнка 2 видно, що за період з 1988 по 1998 роки відзначається деяке зниження захворюваності, а точніше, у 1,22 раза, що зменшує істинний, тобто первинний ріст шизофренії.

Процентний розподіл за роками надходження в стаціонар усіх захворівших на шизофренію чоловіків виглядає таким чином: 1988 рік - 1138 (9,64%) випадків; 1989 - 1084 (9,18%); 1990 - 1097

(9,29%); 1991 - 1075 (9,10%); 1992 - 1044 (8,84%); 1993 - 1098 (9,3%); 1994 - 1048 (8,88%); 1995 - 1053 (8,91%); 1996 - 1038 (8,79%); 1997 - 1092 (9,24%); 1998 - 1039 (8,74%) хворих.



**Мал. 2.** Динаміка показників повторної госпіталізації хворих на шизофренію за період з 1988 по 1998 роки (на 100 тис. нас.)



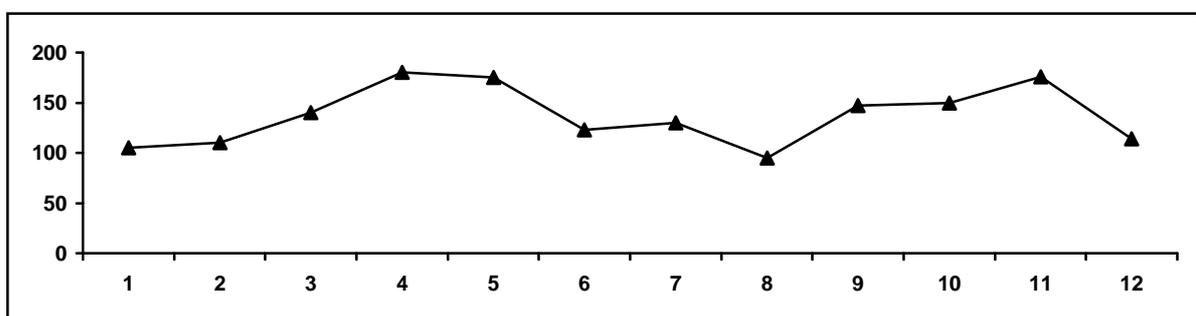
**Мал. 3.** Процентний розподіл за роками первинної та повторної госпіталізації хворих на шизофренію

Розгляд динаміки долі всіх випадків госпіталізації хворих на шизофренію за роками наочно показує, що є лише тенденція до зниження захворюваності (мал. 3.).

Розглядаючи сезонність клінічних проявів у хворих на шизофренію, ми відзначили, що з усіх госпіталізацій за досліджувані роки хворих у зимові місяці було 2350 (19,90%), у весняні - 3532

(29,92%), у літні - 2687 (22,76%) і в осінні - 3237 (27,42%). Ці дані свідчать про переважання весняно-осінньої госпіталізації (57,34%) над зимово-літньою (42,66%).

Для більш глибокого вивчення впливу сезонності на госпіталізацію хворих шизофренією ми розподілили їх за місяцями надходження до стаціонару.(мал. 4).



**Мал. 4.** Розподіл надходження до стаціонару хворих на шизофренію за місяцями (січень прийнятий за 100%)

Як видно з графіка (мал. 4.), має місце визначена сезонність початку прояву захворювання шизофренією, що є виявленням навколорічного або цирканнуального ритму. Нами відзначено, що найбільша кількість випадків прояву шизофренії припадає на березень-травень. Друга, дещо менша за розміром хвиля надходжень, припадає на жовтень-листопад.

Отже, представлені дані про частоту виникнення та загострення шизофренії за тривалий час по одному регіону показали, що це складний психобіологічний процес. Кількість госпіталізованих вперше захворівших на шизофренію за останні роки дещо збільшилася. Захворювання частіше виникає в молодому та середньому віці. Початку або рецидивам захворювання властива сезонність (частіше весна-осінь). Наведені дані свідчать про наявність зв'язку у хворих на шизофренію з цирканнуальними або навколорічними ритмами, які зумовлюють клінічний прояв цих станів, а, відповідно, і найбільшу кількість госпіталізацій даної категорії хворих в той або інший період року. Найбільш виражені максимуми надходження хворих шизофренією припадають на березень-травень, менш виражений підйом - у жовтні-листопаді. Ці дані вказують на залежність маніфестації шизофренії від змін геліогеофізичних чинників, які зумовлюють "вимикання" та "вимикання" патогенетичних механізмів цих станів, що і виражається у визначеній сезон-

ності госпіталізацій.

Вивчаючи за означені роки сексуальну злочинність в регіоні і кількість серед злочинців хворих шизофренією, було відзначено, що взагалі скоєно 503 сексуальні злочини. З них здоровими особами - 310 (61,63%) випадків, причому, в стані алкогольного сп'яніння - у 291 (57,85%), а з психічними порушеннями - у 193 (38,37%). Серед осіб з психічними порушеннями усього 12 (6,22%) страждали на шизофренію. При цьому при аналізі даних випадків було встановлено, що двоє хворих, які скоїли правопорушення (згвалтування), страждали шизофренією з маренням ревнощів та еротичним маренням. Останній, крім згвалтування, скоїв ще й вбивство.

У 5 хворих на шизофренію сексуальне збочення було у вигляді педофілії, в одному випадку з вбивством дитини. Дві особи скоїли згвалтування, один з них знаходився в стані алкогольного сп'яніння. Спроба згвалтування відзначена у 3 випадках, із яких двоє були в стані алкогольного сп'яніння.

Аналізуючи сезонність у випадках із сексуальними злочинами, було відзначено, що у 23,86% вони припадають на зиму, у 29,82% - на весну, у 24,85% - на літо та у 21,47% - на осінь. Усі злочини, скоєні хворими шизофренією, припадають на весну, тобто на період найбільшої геліогеофізичної нестабільності та ритмологічної неузгодженості.

*Е.Г. Сонник*

## **НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШИЗОФРЕНИЕЙ У МУЖЧИН И ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ПРЕСТУПНОСТИ СРЕДИ НИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА ГОДА**

Украинская медицинская стоматологическая академия

Изучены показатели первичной и повторной госпитализации, сезонного распределения, а также сексуальной преступности в группе мужчин (11806 человек), страдающих шизофренией и лечившихся в Полтавской областной клинической психиатрической больнице за период с 1988 по 1998 гг. Установлен рост заболеваемости шизофренией в последние годы, зависимость манифестаций, обострений, а также сексуальных преступлений среди изученных пациентов от изменений гелиогеофизических факторов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2000. - № 1 (7). - С. 65-68)

**SOME EPIDEMIOLOGICAL INDEXES OF SCHIZOPHRENIA SICK-RATE IN MEN AND ESTIMATION OF SEXUAL CRIMINALITY AMONG THEM DEPENDING ON THE SEASON**

Ukrainian medical stomatological academy, Poltava

There were studied the indexes of the first and second hospitalization, seasonal distribution as well as sexual criminality in a group of men (11806 persons) who were suffering from schizophrenia and were treated in the Poltava regional clinical psychiatric hospital for the period of 1988-1999 yu. There was determined the increasing of schizophrenia sick-rate in recent years, the dependence of manifestations, aggravations and sexual crimes among these patients on the changes of heliogeophysical factors. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 65-68)

*Література*

1. Гульман Б.Л. Сексуальные преступления. - Харьков, 1994. - 271с.
2. Долгов С.А. Попытка эпидемиологического изучения группы больных с частыми госпитализациями // Соц. и клин. психиатрия. - 1994. - № 1. - С. 80-86.
3. Жариков Н.М., Шумаков В.М. Оценка общественной опасности больных шизофренией по данным эпидемиологических исследований // Журн. неврологии и психиатрии. - 1995. - № 2. - С. 71-75.
4. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. - Харьков: Акад. сексолог. исследований, 1997. - Т. 2, ч. 1. - 272с.
5. Лебедев Д.С. Клинико-эпидемиологические и психологические особенности состояний психической дезадаптации // Журн. психиатрии и мед. психологии. - 1977. - № 1(3). - С. 42-46.
6. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М.: Медицина, 1995. - 256с.
7. Соколова И.М. Многопараметрическая модель статистических оценок, применяемых для психологического анализа адаптационных возможностей личности // Вест. Харьк. ун-та. - 1999. - № 452. - С. 117-120.
8. Сыропятов О.Г. Судебная и пенитенциарная психиатрия. - К., 1999. - С. 80-90.
9. Щекин И.О. Основные тенденции и закономерности распространенности психических болезней в Российской Федерации // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1998. - № 3. - С. 76-81.

Поступила в редакцию 12.10.2000г.

УДК 616.89-007.12:616.24-008.4

*Д. А. Иванов***СКРЫТАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ ИНФАНТИЛИЗМЕ**

Психиатрическое отделение военного госпиталя, в/ч А-1067, г. Староконстантинов, Украина

Ключевые слова: психический инфантилизм, физическая нагрузка, показатели функции внешнего дыхания

Известно, что основными психопатологическими проявлениями психического инфантилизма являются психическая незрелость, низкий уровень интеллектуального развития, эмоциональная неустойчивость, астенический симптомокомплекс, сопровождающийся различными соматовегетативными дисфункциями [2, 7, 10, 12, 14, 17, 18].

То обстоятельство, что сдвиги функции внешнего дыхания признаются наиболее ранним и чувствительным висцеральным показателем функционального состояния центральной нервной системы [4, 8] служит убедительным основанием для изучения данной функции у лиц с психическим инфантилизмом.

В литературе описаны сбои дыхательных движений, изменение ритма и глубины дыхания при невротической отдышке [15]. Имеются данные, что у больных неврозом недостаточность внешнего дыхания нередко влечет за собой на-

рушение газообмена, которое проявляется признаками гипервентиляции [6]. По мнению ряда авторов, оксигемометрия позволяет раньше других клинических методов улавливать нарушения функционального состояния организма, в частности со стороны дыхательного аппарата [4, 8].

Многие исследователи психического инфантилизма указывали на существенное значение астенического синдрома в клиническом содержании данного заболевания [1, 10, 20]. Исходя из этого, полагалось, что исследование функции внешнего дыхания может быть одним из соматических критериев оценки уровня астении у больных разными формами юношеского этапа психического инфантилизма. По мере "взросления" психического инфантилизма за счет позитивных сдвигов адаптационных возможностей происходит смягчение или видоизменение основных признаков психической незрелости с сохранением преобладающего астенического синдрома [16].

**Материал и методы исследования**

Нами изучались важнейшие параметры внешнего дыхания и степень насыщения артериальной крови кислородом у 200 психически инфантильных личностей и 50 здоровых людей, служивших контрольной группой. В зависимости от характера выраженности астенического синдрома больные были разделены на две группы: с гиперстенической и с гипостенической формой психического инфантилизма. Все исследуемые были мужского пола, в возрасте от 18 до 20 лет, имели сходные условия жизни и деятельности. Лица с признаками кардиоваскулярной и легочной недостаточности в группы исследуемых не включались.

Вариабельность показателей функции внешнего дыхания может быть связана со многими причинами, в том числе с различными условиями исследования, эмоциональными факторами [6], возрастом обследуемых [13], формой про-

явления патологического процесса [8]. Учитывая это обстоятельство, для оценки функции внешнего дыхания, степени насыщения артериальной крови кислородом у больных психическим инфантилизмом нами были использованы данные собственных исследований, проведенных у контрольной группы.

Частота, глубина и минутный объем дыхания (МОД) определялись с помощью отечественного спирографа "Метатест-Г". В течение 20 минут, предшествующих регистрации показателей функции внешнего дыхания, обследуемый находился в состоянии покоя, затем ему надевался носовой зажим и загубник и предоставлялась возможность привыкнуть к дыханию через загубник в атмосферу. При исследовании на диаграммной ленте происходила запись объемов дыхания. Организмом потребляется кислород, а выделенный углекислый газ поглощается в

адсорбере, в результате чего уровень спирограммы смещается влево на величину объема поглощенного кислорода.

Динамика насыщения артериальной крови кислородом исследовалась бескровным, непрерывным фотометрическим методом, с использованием оксигемографа – 036М. Датчик оксигемографа надевался на ушную раковину. По истечении периода адаптации через 20 минут с целью полной оксигенации всего гемоглобина артериальной крови обследуемому предлагалось дышать кислородом в течение 5 минут, в результате чего стрелка оксигеометра отклонялась от первоначальной цифры и после нескольких глубоких вдохов приближалась к 100% насыщенности. Если стрелка не достигала отметки 100%, то при вдыхании обследуемым кислорода она намеренно устанавливалась на этот уровень. Затем обследуемый переключался на дыхание атмосферным воздухом. Через некоторое время насыщение артериальной крови кислородом снижалось и устанавливалось на действительной для данного обследуемого величине насыщения артериальной крови кислородом. Этот уровень считался исходным в состоянии покоя данного обследуемого.

Одновременно на ленте оксигемографа велась пневмографическая запись, для чего на грудную клетку фиксировалась резиновая ман-

жета, соединенная через резиновую трубку с капсулой Морья и писчиком для регистрации дыхательных движений грудной клетки.

Показатели функции внешнего дыхания изучались в состоянии покоя, с соблюдением условий основного обмена и при дозированной физической нагрузке (60 приседаний в течение двух минут). Предварительно проводились пробные исследования и ознакомление с обстановкой.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия (t) Стьюдента.

Большинство исследуемых нами лиц с психическим инфантилизмом предъявляли жалобы на чувство нехватки воздуха при выполнении незначительных физических нагрузок. Рядом авторов показано нарушение дыхания при функциональных нагрузках у больных астеническим неврозом, нейроциркуляторной дистонией [3, 9].

Нарушения функции внешнего дыхания могут быть клинически выраженными, проявляющимися в покое, или скрытыми, выявляющимися лишь при применении тех или иных функциональных нагрузок [11]. Поэтому, пробы с физической нагрузкой, считающиеся для оценки функции внешнего дыхания наиболее адекватными [11, 19], являются, по-видимому, весьма важными для исследования психически инфантильных личностей с учетом деления их на гиперстеническую и гипостеническую формы.

### Результаты исследования и их обсуждение

Данные показателей оксигенации артериальной крови кислородом, функции внешнего дыхания и пульса у здоровых лиц и больных психическим инфантилизмом в условиях основного обмена приведены в табл. 1.

В состоянии покоя по показателям степени насыщения артериальной крови кислородом и функции внешнего дыхания больные психическим инфантилизмом обеих форм мало отличались от здоровых лиц, за исключением того, что при гиперстенической форме обнаруживался более широкий диапазон колебаний показателей, а при гипостенической форме оксигенация крови удерживалась на более низких величинах. Величины коэффициента использования кислорода и дыхательного эквивалента у больных обеих групп были менее оптимальными, чем у здоровых лиц. Оксигеграмма психически инфантильных лиц в состоянии покоя имела вид неравномерной кривой и колебания ее носили неправильный характер. На пневмограмме, если у здоровых лиц амплитуды дыхательных циклов были почти одинаковыми, то у

больных с гиперстенической формой психического инфантилизма глубина вдоха и выдоха зачастую теряли регулярный характер. На фоне одинаковых дыхательных циклов появлялись более глубокие, иногда прерывистые, вдохи и выдохи. Нарушался правильный ритм дыхания. Появлялись замедленные, задержанные или незавершенные вдохи и выдохи. Периоды учащенного дыхания сменялись его задержками или глубокими «дополнительными» вдохами. У больных с гипостенической формой заболевания обнаруживалась малая амплитуда дыхательных движений. В отличие от больных с гиперстенической формой психического инфантилизма здесь дыхательная аритмия регистрировалась намного реже.

Во время физической нагрузки у большинства здоровых лиц легочная вентиляция повышалась за счет увеличения глубины и частоты дыхания. Усиление вентиляции отмечалось с началом физической нагрузки. Наибольшее увеличение показателей внешнего дыхания наблюдалось в конце нагрузки, по прекращению ее в течении

3-4 минут происходило восстановление исходных данных. Картина восстановления показателей степени насыщения артериальной крови кислородом и функции внешнего дыхания у обследо-

ванных здоровых лиц указывало на большую согласованность работы аппаратов дыхания и кровообращения, на их достаточно высокую функциональную способность.

Таблица 1

Показатели функции внешнего дыхания у больных психическим инфантилизмом и здоровых лиц

Исследуемые группы	Число лиц, n	Частота дыхания, мин	Объем дыхания, мл	Минутный объем дыхания, л	Дыхательный эквивалент	Коэффициент использования кислорода	Степень насыщения артериальной крови кислородом, %
		$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$
Здоровые лица (контрольная группа)	50	17±0,42	462±9,50	7,6±0,23	2,8±0,06	42,3±0,37	96,1±0,15
Больные психическим инфантилизмом гиперстенической формы	100	18±0,35	442±13,10	7,8±0,25	3,0±0,05	45,6±0,33	96,3±0,11
p (в сравнении с контрольной группой)		>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	<0,001	>0,05
Больные психическим инфантилизмом гипостенической формы	100	19±0,20	348±4,40	6,6±0,13	2,5±0,03	35,3±0,23	95,9±0,14
p (в сравнении с контрольной группой)		<0,001	<0,001	=0,001	<0,001	<0,001	>0,05

У больных с гиперстенической формой психического инфантилизма при физической нагрузке дыхание было неэкономным, неравномерным, не всегда поддерживалась адекватная зависимость дыхания от физической нагрузки, наблюдавшаяся у здоровых лиц. У большинства больных этой группы отмечалась одышка при физической нагрузке. Гипервентиляция, как следствие значительного углубления и учащения дыхания в начале нагрузки, сменялась поверхностным, беспорядочно учащенным дыханием в конце нагрузки. Результаты исследования функции внешнего дыхания у больных гиперстенической формой психического инфантилизма при физической нагрузке приведены в таблице 2. Очень характерным для данной категории лиц был повторный гипервентиляционный синдром в период восстановления за счет

углубления дыхания. У большинства больных с гиперстенической формой психического инфантилизма во время физической нагрузки фазы устойчивости насыщения артериальной крови кислородом не наблюдалось, в первую минуту отмечалось повышение насыщения артериальной крови кислородом, а на второй минуте происходило резкое уменьшение его. Восстановление исходного уровня оксигенации крови шло в течении 4 минут. Частота дыхания максимально возрастала в конце первой минуты нагрузки и равнялась 29±0,35 циклов в минуту (у здоровых — 23±0,21). В конце нагрузки она составляла 24±0,25 (у здоровых — 25±0,28), в дальнейшем в течение 4 минут восстановительного периода плавно возвращалась к исходным данным. Глубина дыхания на первой минуте нагрузки возрастала с 442±13,10 мл до 998±13,90

мл, у здоровых – с  $462 \pm 9,50$  мл до  $1215 \pm 12,41$  мл ( $p$  до нагрузки  $< 0,05$ ,  $p$  в начале нагрузки  $< 0,001$ ). В конце второй минуты нагрузки она уменьшилась до  $778 \pm 12,40$  мл, у здоровых, на-оборот, увеличилась до  $1265 \pm 24,47$  мл ( $p < 0,001$ ).

На первой минуте восстановительного периода глубина дыхания этих больных резко возросла, превысив показатели во время нагрузки, а в даль-нейшем — плавно нормализовалась в течение 4 минут.

Таблица 2

Влияние дозированной физической нагрузки на степень насыщения артериальной крови кислоро-дом, показатели функции внешнего дыхания, частоту пульса у больных гиперстенической формой психического инфантилизма (100 больных).

Условия определения		Степень насыщения артериальной крови кислородом, %	Частота дыхания, мин	Глубина дыхания, мл	Минутный объем дыхания, л	Частота пульса, уд. в мин.
		$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$
В условиях основного обмена		$96,3 \pm 0,11$	$18 \pm 0,35$	$442 \pm 13,10$	$7,8 \pm 0,25$	$76 \pm 0,80$
Нагрузка	1 мин	$98,1 \pm 0,10$	$29 \pm 0,35$	$998 \pm 13,90$	$30,9 \pm 0,48$	$83 \pm 0,35$
	2 мин	$91,0 \pm 0,25$	$24 \pm 0,25$	$778 \pm 12,40$	$18,6 \pm 0,24$	$118 \pm 0,80$
После нагрузки	1 мин	$92,2 \pm 0,21$	$22 \pm 0,30$	$1020 \pm 15,00$	$23,4 \pm 0,41$	$106 \pm 0,50$
	2 мин	$93,0 \pm 0,20$	$21 \pm 0,25$	$960 \pm 18,00$	$20,1 \pm 0,40$	$104 \pm 0,40$
	3 мин	$93,9 \pm 0,19$	$20 \pm 0,20$	$768 \pm 12,40$	$15,3 \pm 0,27$	$98 \pm 0,40$
	4 мин	$96,2 \pm 0,11$	$18 \pm 0,25$	$448 \pm 11,40$	$8,0 \pm 0,15$	$78 \pm 0,80$

Таким образом, у больных с гиперстенической формой психического инфантилизма по сравнению со здоровыми лицами, как насыщение артериальной крови кислородом, так и показатели внешнего дыхания, под влиянием физической нагрузки изменялись более значительно. Это проявлялось, прежде всего в выраженном увеличении уровня МОД и оксигенации артериальной крови в период нагрузки. Весьма характерным для данной группы больных являлось повышение МОД в начале восстановительного периода, которое происходило, в основном, за счет

увеличения глубины дыхания.

У больных с гипостенической формой психического инфантилизма при дозированной физической нагрузке показатели степени насыщения артериальной крови кислородом и функции внешнего дыхания отличались от аналогичных данных как здоровых лиц, так и больных с гиперстенической формой психического инфантилизма. Результаты исследования функции внешнего дыхания при физической нагрузке у больных гипостенической формой психического инфантилизма приведены в таблице 3. У больных с ги-

постенической формой психического инфантилизма показатель насыщения артериальной крови кислородом в покое соответствовал уровню  $95,0 \pm 0,14$ , у больных с гиперстенической формой психического инфантилизма –  $96,3 \pm 0,11$  ( $p < 0,01$ ).

Частота дыхания равнялась  $19 \pm 0,20$  в мин., глубина дыхания –  $348 \pm 4,40$  мл (у больных с гиперстенической формой психического инфантилизма соответственно  $18 \pm 0,35$  в мин. и  $442 \pm 13,10$  мл, при  $p < 0,001$ ).

Таблица 3

Влияние дозированной физической нагрузки на степень насыщения артериальной крови кислородом, показатели функции внешнего дыхания, частоту пульса у больных гипостенической формой психического инфантилизма (100 больных).

Условия определения		Степень насыщения артериальной крови кислородом, %	Частота дыхания, мин	Глубина дыхания, мл	Минутный объем дыхания, л	Частота пульса, уд. в мин.
		$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$	$\bar{X} \pm S_x$
В условиях основного обмена		$95,9 \pm 0,14$	$19 \pm 0,20$	$348 \pm 4,40$	$6,6 \pm 0,13$	$68 \pm 0,60$
Нагрузка	1 мин	$92,2 \pm 0,21$	$24 \pm 0,20$	$408 \pm 4,60$	$9,7 \pm 0,23$	$102 \pm 0,60$
	2 мин	$91,0 \pm 0,35$	$26 \pm 0,15$	$412 \pm 4,10$	$10,7 \pm 0,13$	$99 \pm 0,45$
После нагрузки:	1 мин	$92,3 \pm 0,36$	$26 \pm 0,20$	$468 \pm 5,40$	$12,5 \pm 0,17$	$98 \pm 0,40$
	2 мин	$93,1 \pm 0,25$	$26 \pm 0,25$	$450 \pm 4,50$	$11,7 \pm 0,20$	$97 \pm 0,35$
	3 мин	$93,6 \pm 0,28$	$25 \pm 0,25$	$440 \pm 4,10$	$11,0 \pm 0,12$	$95 \pm 0,55$
	4 мин	$94,1 \pm 0,20$	$24 \pm 0,20$	$440 \pm 4,00$	$11,0 \pm 0,13$	$95 \pm 0,55$
	5 мин	$94,7 \pm 0,23$	$23 \pm 0,15$	$364 \pm 4,20$	$8,4 \pm 0,12$	$90 \pm 0,60$
	6 мин	$95,3 \pm 0,21$	$19 \pm 0,15$	$344 \pm 3,20$	$6,5 \pm 0,12$	$76 \pm 0,50$
	7 мин	$95,9 \pm 0,14$	$19 \pm 0,15$	$350 \pm 3,50$	$6,5 \pm 0,12$	$68 \pm 0,40$

В отличие от больных с гиперстенической формой психического инфантилизма в начале дозированной физической нагрузки у этой группы больных величина насыщения артериальной крови кислородом изменялась не в сторону повышения, а в сторону снижения. В течение второй минуты физической нагрузки степень насыщения артериальной крови кислородом снижалась до уровня  $91,0 \pm 0,35$ . Восстановление исходной величины достигалось по истечении 7 минут (у больных с гиперстенической формой психического инфантилизма и здоровых лиц – по истечении 4 минут), оно шло плавно и постепенно. Увеличение частоты, глубины дыхания и

МОД при физической нагрузке и нормализация величин после нее у лиц с гипостенической формой заболевания происходили плавно, за исключением некоторого повышения МОД на первой минуте после физической нагрузки за счет углубления дыхания. У этой категории лиц по сравнению как с больными гиперстенической формой психического инфантилизма, так и со здоровыми лицами минутный объем дыхания на первой минуте физической нагрузки был низким, соответственно  $9,7 \pm 0,23$  л,  $30,9 \pm 0,48$  л и  $27,9 \pm 0,36$  л. Этот факт свидетельствует, прежде всего, о неадекватно слабой реакции внешнего дыхания у больных с гипостенической формой

психического инфантилизма в ответ на физическую нагрузку.

Таким образом, у большинства больных психическим инфантилизмом субъективные ощущения недостатка воздуха, неудовлетворенность дыханием, потребность делать периодические глубокие вдохи получили адекватное отражение в результатах исследования

функции внешнего дыхания.

Результаты исследования функции внешнего дыхания, являясь объективными показателями функционального состояния центральной нервной системы, в совокупности с другими методами могут быть использованы для диагностики, прогнозирования течения и экспертизы психического инфантилизма.

*Д.А. Иванов*

## **ПРИХОВАНА ДИХАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ПСИХІЧНОМУ ІНФАНТИЛІЗМІ**

Психіатричне відділення військового шпиталю, в/ч А-1067, м. Староконстантинів, Україна

Спеціальні дослідження 200 юнаків, що страждають психічним інфантилізмом показали, що дане захворювання супроводжується недостатністю функції зовнішнього дихання. В залежності від форми астенії – стержневого синдрому психічного інфантилізму в юнацькому віці (гіперстенічної або гіпостенічної) виявлялись різноманітні сторони, що характеризують дефіцит зовнішнього дихання, які чітко виступали при дозованому фізичному навантаженні. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 69-74)

*D.A. Ivanov*

## **HIDDEN RESPIRATORY INSUFFICIENCY IN PSYCHIC INFANTILISM**

Psychiatric department of military hospital, Staroconstantinov, Ukraine

Special investigations of 200 psychic infantile persons (young people of 18-20 years old), showed, that this disease is accompanied by lack of external breathing functions. Depending on leading forms of psychic infantilism syndrome in youth – asthenia (hypersthenic or hyposthenic), it was discovered the different sides, characterized the deficit of psychical external breathing, which distinctly displayed by infantilism dose physical loading. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 69-74)

### *Литература*

1. Буянов М. И. О формировании вариантов тормозимой психопатии (клинико-катамнестическое исследование). Дис... канд. мед. наук. – М., 1968.
2. Буянов М. И. В кабинете детского психиатра. – К., 1990. – С. 110-118.
3. Григорян Н. Г. К вопросу о нарушении функции внешнего дыхания при неврозах с выраженным сердечно-сосудистым синдромом // Вопросы кардиологии. – Ереван, 1962. – № 4. – С.134.
4. Дембо А. Г. Недостаточность функции внешнего дыхания. – Л., 1957. – 302 с.
5. Дмитриева Т. Б. Современные общебиологические подходы к оценке психопатии // Журн. неврологии и психиатрии. – 1997. – Т.97, № 5. – С. 4-6.
6. Истаманова Т. С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. – М., 1968. – 262 с.
7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995.
8. Кондрашенко В. Т. К вопросу о диагностическом значении оксигеметрии у больных неврастением // Современные проблемы военной невропатологии. – Л.: ВМОЛА им. С. М. Кирова, 1961. – С. 167-180.
9. Кондрашенко В. Т. Нарушения функции внешнего дыхания при астении и астеноподобных состояниях // Журн. невропатол. и психиатрии, 1968. – С. 1834-1839.
10. Мнухин С. С. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей // Труды Ленингр. педиатр. мед. ин-та. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 70.
11. Низовцев В. П. Скрытая дыхательная недостаточность и ее моделирование. – М., 1978.
12. Обидин О. В. Влияние социально-психологического фактора на здоровье людей: Автореф. дис... канд. психол. наук / Рос. акад. гос. службы. – М., 1997. – 18 с.
13. Петрова-Брюханова Л. К. Особенности внешнего дыхания у практически здоровых детей в возрасте от рождения до 14 лет, выявленные методом пневмографии: Автореф. дис... канд. мед. наук. – 1960. – 22 с.
14. Скобло Г. В. Психический инфантилизм // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Под ред. С. Ю. Циркина. – СПб., М., Харьков, Минск. – 1999. – С. 301-302.
15. Тарновский Ю. Б. Под маской телесного недуга. – М.: Знание, 1990.
16. Юркова И. А. Динамика отдельных клинических вариантов психического инфантилизма у детей (по катамнестическим данным) // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1959. – Т.59, № 7. – С. 863-867.
17. Corboz R. J. Spdtreife und bleibende eife. – Berlin, 1967.
18. Danon-Boileau H. L'humor a l'adolescence // Psychiat. infant. – 1997. – Т. 40, №2.–С.367-398.
19. Sartorelli E., Jorgi E. Indagini sulla funzionaliti respiratoria nei silicotici con l'ossimetria arteriosa durant il lavoro. Med. Lavoro, 1954. – 11. – S. 600.
20. Skoog G.Le syndrome obsessionnel. – Copenhagen, 1959.

Поступила в редакцию 6.06.2000г.

УДК 616.89-07-084.616.12

*С.Г.Ушенин***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Донецкая областная клиническая психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психологические особенности

Одной из наиболее сложных проблем современной медицины в настоящее время является ишемическая болезнь сердца. За последние десятилетия она - одна из ведущих причин преждевременной смерти и инвалидности трудоспособного населения во всех экономически развитых странах мира [1].

Хотя многочисленные исследования [2,3] связывают традиционные факторы риска (курение, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела, повышение артериального давления, нарушение липидного обмена) с распространением ИБС, существует большое число работ [4], опровергающих эти представления. В работах последних лет большое значение стало уделяться сочетанной оценке всех компонентов, влияющих на возникновение кардиоваскулярной патологии, что

позволяет получить более целостное представление о механизмах ее формирования и развития.

Очень часто у лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией, наблюдаются разнообразные психические расстройства. Прежде всего, это астенические, гипотимические, сенестопихондрические, истероформные системные нарушения. Данные расстройства становятся дополнительными стрессорами, усугубляющими течение соматического заболевания. Возникает своеобразный «порочный круг», приводящий к заметному снижению эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Цель настоящего исследования заключалась в установлении психологических механизмов возникновения и последующего развития психических расстройств при ИБС.

**Материал и методы исследования**

В работе представлены результаты исследования 245 больных, страдающих ИБС (107 человек – стабильная стенокардия напряжения, ФК 1-2; 90 человек – стабильная стенокардия напряжения, ФК 3-4; 48 человек – нарушения сердечного ритма). Обследование проводилось на базе кардиологических отделений городской больницы №3 и железнодорожной больницы города Донецка. Использовались клинический и клинико-психологический методы.

По результатам структурированного интервью, в зависимости от выраженности со-

путствующей психической патологии, были выделены следующие группы: группа больных с расстройствами клинического уровня (РКУ) и группа больных с субклиническими расстройствами (СКР). Контрольной группой являлись больные без сопутствующих психических расстройств.

В психологическом исследовании были использованы следующие методики: тест М. Люшера, Томский опросник ригидности (ТОР), стандартизированный многофакторный опросник личности (СМОЛ), тест УСК.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Показатели психической ригидности, полученные с помощью ТОР, во всех сравниваемых группах превышали среднестатистические показатели ригидности в норме ( $p < 0,05$ ). В то же время, по мере нарастания психических расстройств у больных ИБС, выраженность ригидности снижалась ( $p < 0,05$ ). Это может свидетельствовать о формировании у пациентов новых

моделей поведения, в связи с необходимостью приспособления к новым условиям своего существования, принятия ограничений в личной и профессиональной жизни, обусловленных болезнью.

По тесту Люшера на первой позиции у больных с РКУ достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), по сравнению с другими группами, находился серый цвет, что дает повод говорить об их социальной

отгороженности и потере социальных контактов. Реагирование на окружающее колебалось от пассивно-оборонительной позиции до смешанного типа реагирования, создающего внутреннее напряжение и конфликт разнонаправленных тенденций.

В группе с СКР на первые места выходил зеленый цвет. Это указывает на превалирование в поведении обследуемых ригидности, агрессивности, отстаивания собственных установок, находивших отражение в гипнозогнозических тенденциях, не всегда оправданном отрицании у себя как тяжелого соматического заболевания, так и сопутствующей психической патологии. В то же время такие люди сохраняли преморбидно свойственные им амбициозность, значимость престижа, упорство и настойчивость, в том числе, в преодолении дезадаптирующих факторов соматического заболевания. Сочетание зеленого с красным и фиолетовым цветами на втором месте указывало на формирование активно-оборонительной позиции, при которой рационализм сочетается с субъективизмом, сверхчувствительностью, недоверчивостью к оценкам собственного состояния другими людьми, настороженностью.

В группе психически здоровых лиц, как и у лиц с субклинической психопатологической симптоматикой, на первый план выступало присущее кардиальному поведению противодействие давлению внешних факторов, выраженная тенденция к доминированию, развитое чувство соперничества. Эти больные стремились к преодолению внешних, ставших у них на пути, препятствий.

Тенденция к вытеснению черного цвета на последние позиции во всех изучаемых группах ( $p < 0,05$ ) указывала на недовольство больных ИБС своим состоянием. Однако если у больных с СКР и у психически здоровых лиц неуверенность в возможности улучшения своего соматического состояния не снижала уровня притязаний, то больные с РКУ уже не искали выхода из сложившейся ситуации, испытывая потребность в покое, уединении.

Таким образом, данные, полученные по методике Люшера, убеждают в наличии у больных интрапсихического конфликта, вызванного возникшим соматическим заболеванием. При этом активно-наступательные тенденции преодоления фрустрирующих обстоятельств, часто в ущерб собственному здоровью, по мере прогрессирования основного заболевания и формирования РКУ, сменяются пассивно-оборони-

тельными, с нарастанием социальной дезадаптации, "уходом в болезнь".

Усредненный профиль больных ИБС, полученный по методике СМОЛ, в целом может быть отнесен к числу «пограничных» смешанного типа. Он свидетельствует о перенапряжении как системы самореализации, так и системы самоконтроля, что отражает невозможность разрешения напряженности как в сторону отреагирования вовне, на поведенческом уровне, так и в сторону невротизации. При этом создается основа для соматизации имеющейся напряженности, приводящая к усугублению психической дезадаптации. Имеющаяся психологическая проблематика становится не только отражением соматического неблагополучия, но и приобретает характер дополнительного патогенетического фактора, отягощающего клинику и прогноз соматического заболевания.

Сравнение профилей лиц с РКУ и СКР позволяет косвенно судить об особенностях динамики психологических тенденций по мере прогрессирования соматической патологии. У лиц с расстройствами субклинического уровня и с клинически выраженными психическими расстройствами отмечаются довольно низкие показатели по шкале F ( $p < 0,01$ ), что может свидетельствовать об усиливающейся дезинтеграции личности под воздействием нарастающей астенизации, переутомления.

По клиническим шкалам наиболее существенный рост показателей ( $p < 0,05$ ) при переходе от СКР к РКУ отмечался по 1 (Hs), 2 (D) шкалам, что отражает синхронное нарастание тенденции как к гипостеническому, так и гиперстеническому реагированию по мере ухудшения состояния. Дополнительным доказательством этого являлось также одновременное повышение ( $p < 0,05$ ) показателей по 3 (Hu) шкале и снижение ( $p < 0,01$ ) их по шкале 9 (Ma). Таким образом, на фоне неблагоприятной динамики клинического состояния больных отмечалось усугубление противоречивости мозаичного эмоционально-динамического паттерна дезадаптации, что может свидетельствовать о прогрессирующем снижении интегрирующей функции сознания и самосознания.

По методике УСК у больных ИБС выявлена более низкая интернальность по всем шкалам, по сравнению со средними нормативными показателями. При этом показатели у больных с СКР и РКУ были достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,01$ ). Такое снижение уровня субъективного контроля над значимыми событиями

жизни, коррелируя с данными, полученными по методикам ТОР и СМОЛ, также подтверждает выводы об отходе от преморбидно присущих этим больным стереотипов.

У лиц с сопутствующей основному заболеванию психопатологической симптоматикой были отмечены достоверно более низкие показатели, в отличие от здоровых, по шкалам интернальности в семейных и производственных отношениях ( $p < 0,01$ ), интернальности в области межличностных отношений ( $p < 0,01$ ), а также по шкале интернальности по отношению к здоровью и болезни ( $p < 0,01$ ). Полученные данные позволяют предположить, что по мере нарастания психической патологии, переходе ее на структурно оформленный уровень, у таких больных нарастает зависимость, пассивность, нарушается система регуляции отношений личности, формируется характерная депрессивно-ипохондрическая симптоматика.

Достоверная обратная зависимость показателей интернальности от выраженности психических расстройств была выявлена у групп с клинически выраженной психопатологической симптоматикой и с субклиническими психическими расстройствами по шкалам общей интернальности ( $p < 0,05$ ), интернальности в семейных ( $p < 0,01$ ), в межличностных отношениях ( $p < 0,1$ ), а также интернальности по отношению к здоровью и болезни ( $p < 0,05$ ).

Подобные отличия имелись и между лицами с СКР и здоровыми людьми по шкалам общей интернальности ( $p < 0,05$ ), интернальности в области семейных ( $p < 0,05$ ) и производственных отношений ( $p < 0,01$ ), поэтому лица с психическими расстройствами субклинического уровня занимают промежуточную ступень между здоровыми и больными. При утяжелении основного заболевания, нарастании выраженности сопутствующей психической патологии у них нарастала зависимость от внешних факторов, социальная дезадаптация, уменьшалась социальная активность, инициативность, преморбидно присущая таким пациентам.

Подводя итог результатам клинико-психологического исследования, необходимо отметить абсолютное превышение уровня преморбидной ригидности у лиц, страдающих ИБС, по сравнению со среднестатистическими значениями, что подтверждает многочисленные данные о характерном для таких больных поведении типа А [6].

Кроме того, результаты психологических исследований свидетельствуют о возникновении у пациентов интрапсихического конфликта, связанного с осознанием наличия тяжелого соматического заболевания. Присущие им поведенческие особенности в виде противодействия давлению внешних факторов по мере формирования СКР сменялись попытками гиперкомпенсации своего соматического состояния в виде гипонозогностических тенденций. В дальнейшем, по мере формирования РКУ, прогрессировала дезинтеграция личности, усиливалась пассивность, зависимость от внешних факторов. У больных ИБС происходила ломка жизненных стереотипов, вызванная необходимостью приспособления к новым условиям своего существования, являющихся дополнительным стрессогенным фактором.

Нарастание невротизации, подтвержденное повышением показателей по шкалам “невротической триады” опросника СМОЛ, данными по методике М.Люшера, снижением уровня интернальности во всех сферах личностного функционирования по мере утяжеления как соматической, так и психопатологической симптоматики, свидетельствует о прогрессирующем истощении физических и психических личностных ресурсов больных ИБС. Это в определенных ситуациях приводит к невозможности реализации мотивированного поведения, что лишь усиливает интрапсихический конфликт.

Информированность о психологических механизмах формирования психических расстройств у больных ИБС позволяет эффективно осуществлять мероприятия, направленные на улучшение их психосоматического здоровья и качества жизни.

*С.Г. Ушенін*

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня

Робота базується на результатах дослідження 245 хворих, страждаючих ішемічною хворобою серця. Метою роботи було вивчення преморбідних особистісних характеристик хворих на ІХС, їх реагування на виникнення кардіоваскулярної патології. У вивченні використовувались такі опитувальники: Томський опитувальник ригідності, тест Люшера, опитувальник СМОЛ, опитувальник рівня суб'єктивного контролю. Розкрито психологічні аспекти реагування хворих на наявність соматичного захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 75-78)

*S.G. Ushenin*

## **PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ISCHEMIC HEART DISEASE PATIENTS**

Donetsk Regional Clinical Psychiatric Hospital

The work is based on the results of the research carried out in 245 persons with ischemic heart disease. The aim of the work was study of pre-morbid personality peculiarities of patients with IHD, their reaction to appearance of cardio-vascular pathology. In the research the following questionnaires were used: the Tomsk rigidity questionnaire, Lucher's, SMOL questionnaire, the level of subjective control questionnaire. The psychological aspects of the patients' reaction to the main disease are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 75-78)

### *Литература*

1. Бокарев И.Н. Ишемическая коронарная болезнь сердца и современные пути борьбы с ней. // Русский медицинский журнал. - 1996. - Том 3. - №4.
2. Калинина А.М., Чазова Л.В., Павлова Л.И. Профилактика инфаркта миокарда: приоритеты, принципы, реальности. // Клиническая медицина. - 1996. - №5. - С.20-23.
3. Чазов Е.И. Эволюция концепции психического статуса при сердечно-сосудистой патологии. // В кн.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. - М.: «Либрис». - 1994. - С.10-12.
4. Frost P.H., Davis B.R. et al. Coronary heart disease risk factors in men and women aged 60 years and older; Findings from the systolic hypertension in the elderly program. // Circulation. - 1996. - Vol.94. - P.26-34.
5. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). // М.: «СМЫСЛ», 1993. - 16с.
6. Friedman M., Rosenman R.H. Overt behavior pattern in coronary disease, deflection of overt, behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure. // JAMA. - 1960. - Vol.173. - N12. - P.70-75.

Поступила в редакцию 21.05.1999г.

УДК 616.36 – 002.12: 616 – 072.85

*А. В. Канищев***МЕЖОВІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Ключові слова: вірусні гепатити; психічні зміни та розлади

Останні десятиріччя були відзначені значними відкриттями та розробками в галузі вірусних гепатитів (ВГ): впровадження методів імуноферментного аналізу, препаратів інтерферону; досить широкий розмах імунізації проти гепатиту В. Можливо, саме ці досягнення обумовили деяке зниження інтересу дослідників до вивчення клінічних проявів цих захворювань. Але навіть на такому тлі здається незрозумілою майже повна відсутність сучасних досліджень психологічних та поведінкових змін, що присутні у хворих на ВГ.

В літературі минулих часів досліджень за цією темою було чимало. При цьому психіатри вивчали, як правило, психотичні порушення при ВГ [1, 8, 9]. Їх описання найчастіше мали характер окремих спостережень та випадків. За деяким винятком [2, 4, 5], непсихотичні психічні порушення майже зникали з поля зору клініцистів.

Значна частина досліджень проводилась лікарями-інфекціоністами та терапевтами [6, 7]. В їх дослідженнях досить чітко відображена прак-

тична сторона проблеми; але різна методологічна спрямованість дослідників призвела до значних розбіжностей в наявних літературних даних.

Окрім того, за останній час поряд із патоморфозом інфекційних захворювань значного патоморфозу зазнали супроводжуючі їх психічні порушення. Майже не зустрічаються стани затьмареної свідомості та галюцинаторно-маячні психози суто інфекційного походження; натомість переважають психічні порушення межового рівня.

Проте, такі розлади часто бувають одними з перших проявів в клініці ВГ та зберігаються на всьому протязі хвороби [6]. Психічні порушення можуть деякою мірою визначати ступінь тяжкості захворювання, а також обумовлювати певні психологічні труднощі при лікуванні цих хворих.

Все вищезгадане обумовило необхідність даного дослідження, спрямованого на визначення якісної та кількісної характеристики межових психічних розладів у хворих на вірусні гепатити А та В (ВГА та ВГВ).

**Матеріал та методи дослідження**

Було проведено обстеження 56 хворих на ВГА та ВГВ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова. Всі хворі були молодого віку (в середньому  $24,3 \pm 0,8$  років). Серед них 39 були хворі на ВГА (22 – в легкій, 17 – в середньотяжкій формі), решта 17 – хворі на ВГВ (7 – в легкій формі, 10 – в середньотяжкій). В усіх випадках діагноз був підтверджений клініко-лабораторними даними. Всі хворі на ВГ одержували так зване базисне лікування в залежності від тяжкості перебігу хвороби. До групи дослідження не були включені хворі з проявами печінкової енцефалопатії; ті, що страждали на ВГ з тенденцією до затяжного перебігу, на інші гострі та хронічні внутрішні захворювання, а також пацієнти із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Окрім розпитування хворих та

спостереження за їх поведінкою, також враховувались відомості, одержані від лікарів-інфекціоністів та від середнього медичного персоналу. Для об'єктивізації клініко-психопатологічних даних було використано спеціально розроблену шкалу, яка надала можливість уніфікованої кількісної реєстрації психічних змін за 2-бальною системою. Також підлягали квантифікованій реєстрації основні соматичні прояви вірусних гепатитів. Слід зазначити, що, оскільки більшість хворих поступала до стаціонару вже на початку жовтяничного періоду хвороби, відомості про психічні порушення в продромальному (переджовтяничному) періоді одержувались в основному анамнестично.

Для статистичної обробки даних дослідження було застосовано обчислювання дисперсійного відношення (F) та рангової кореляції Спірмена (с).

## Результати досліджень та їх обговорення

Одними з провідних психопатологічних проявів у цих хворих були симптоми астеничного кола, що проявлялися, передусім, розладами самопочуття, сну, а також вегетативними порушеннями.

Загальна слабкість та підвищена втомлюваність при незначному фізичному та розумовому напруженні відмічались у переважної більшості хворих (82,1%). Як правило, такі явища спостерігались в переджовтняничному періоді захворювання; в більшості випадків вони зникали вже в перші дні знаходження в стаціонарі. Слід відмітити, що явища помітної слабкості спостерігались у деяких хворих лише на протязі 2 – 3 днів. Ці хворі одразу не повідомляли про наявність підвищеної втомлюваності, але потім пригадували, що в ті дні не ходили на роботу і були змушені майже весь час знаходитись в ліжку.

Середні бали вираженості слабкості не відрізнялись достовірно в залежності від тяжкості хвороби. Але в групі хворих із середньотяжким перебігом більша вираженість слабкості та втомлюваності була зафіксована у хворих на ВГА ( $F = 4,48$ ;  $p < 0,05$ ). Зазначено, що існує вірогідна пряма залежність між вираженістю слабкості та вираженістю анорексії ( $c=0,67$ ), нудоти ( $c=0,52$ ), головного болю ( $c=0,34$ ), запаморочення ( $c=0,39$ ), болю в правому підребір'ї ( $c=0,29$ ), максимальним підйомом температури ( $c=0,37$ ), а також із скаргами хворих на зниження настрою ( $c=0,27$ ).

Частими порушеннями при вірусних гепатитах були головний біль та запаморочення, які виникали в 33,9% та 21,4% відповідно.

Досить поширеними були різноманітні порушення сну. Підвищена сонливість (у 12,5%) частіше відмічалась в переджовтняничному періоді захворювання; недостатній сон (у 19,6%) – в жовтняничному періоді. Слід відмітити, що в деяких пацієнтів на протязі хвороби відзначались як підвищена сонливість, так і недостатність сну (остання виникала, як правило, під час знаходження в стаціонарі).

37,5% хворих відмічали, що на протязі деякого часу одразу після початку хвороби у них був дещо пригнічений, “паганий” настрій, відсутність бадьорості. Звичайно вони пов'язували це із самим фактом захворювання, із порушенням життєвих планів; але інколи відмічали, що не розуміли, чому “зіпсувався настрій”. В переважній більшості випадків ці скарги зникали на початку жовтняничного періоду.

Вираженість скарг на зниження настрою корелювала із максимальним підйомом темпе-

ратури ( $c=0,28$ ), вираженістю слабкості ( $c=0,27$ ). Відзначалась зворотна кореляція із рівнем об'єктивно визначаємої дратівливості ( $c=-0,30$ ) та із рівнем негативного відношення до обстеження ( $c=-0,33$ ). Також звертає на себе увагу зворотна кореляція між скаргами на знижений настрій та максимальним рівнем білірубіну в сироватці крові: загального ( $c=-0,33$ ), прямого ( $c=-0,33$ ) та непрямого ( $c=-0,30$ ), а також максимальним рівнем аланінамінотрансферази ( $c=-0,33$ ).

Окремо проводилась оцінка об'єктивних гіпотімічних проявів. Відзначалися лише слабо виражені ознаки субдепресії – у 14,3% хворих. У них було легке психомоторне та мімичне пригнічення, уповільнення мовлення. Особливістю таких станів була слабка оформленість змістовного ідеаторного компонента: були практично відсутні песимізм, думки самозвинувачення та самозневажання, переоцінювання труднощів ситуації; не було тенденції бачити все в похмурому світлі. Слід особливо відмітити, що такі хворі далеко не завжди перед'являли скарги на зниження настрою. Частіше вони вважали свій настрій нормальним і лише при детальному розпитуванні визнавали, що відчувають якусь байдужість та млявість. Характерно, що пацієнти звичайно зберігали здатність спілкуватися із сусідами по палаті, із родичами; не виявляли недоглядів в самообслуговуванні. По мірі подальшого перебігу хвороби, після нормалізації загального стану та лабораторних показників, у хворих наступала майже повна нормалізація настрою.

Треба зазначити, що рівень скарг на зниження настрою абсолютно не відрізнявся в залежності від наявності об'єктивних ознак депресії:  $0,625 \pm 0,263$  балів у хворих із наявністю таких ознак,  $0,625 \pm 0,102$  балів у решти хворих.

Об'єктивні ознаки дратівливості (що були у 8,9% хворих) також не були пов'язані із відповідними скаргами пацієнтів (у 16,9%):  $c=-0,15$ .

Об'єктивно визначаємі ознаки дратівливості були присутні лише у хворих із середньотяжким перебігом гепатитів ( $p < 0,05$ ). Окрім того, в групі хворих із середньотяжким перебігом такі ознаки частіше відзначались у хворих на ВГВ ( $F = 5,63$ ;  $p < 0,05$ ). Вираженість об'єктивних ознак дратівливості була більшою у хворих, які порушували лікувальний режим:  $F = 28,3$ ;  $p < 0,001$ ; корелювала із негативним відношенням до психологічного обстеження ( $c=0,72$ ), рівнем емоційної лабільності ( $c=0,30$ ). Відзначалась не-

гативна кореляція із вираженістю скарг на зниження настрою ( $c=-0,30$ ).

Скарги на дратівливість були достовірно більш вираженими у жінок ( $F = 2,75$ ;  $p<0,01$ ). Ці скарги корелювали із вираженістю болю в правому підреб'ї ( $c=0,31$ ).

У 12,5% хворих відмічались ознаки емоційної лабільності. Вони були достовірно більшими у хворих із середньотяжким перебігом хвороби ( $F = 4,68$ ;  $p<0,05$ ); у хворих, які порушували лікувальний режим ( $F = 5,88$ ;  $p<0,05$ ). Відзначений кореляційний зв'язок рівня емоційної лабільності із рівнем об'єктивних ознак дратівливості ( $c=0,45$ ). Емоційна лабільність зворотно корелювала із вираженістю болю в правому підреб'ї ( $c=-0,33$ ).

Спостерігались також різноманітні іпохондричні прояви – частіше в вигляді підвищеної уваги до хворобливих відчуттів, жовтяниці, результатів обстеження та призначеного лікування, рідше – в вигляді численних, емоційно забарвлених та деталізованих соматичних скарг; всього – у 10,7% хворих. Відзначено, що інтенсивність іпохондричних проявів корелювала із віком хворих ( $c=0,36$ ).

Підвищення настрою під час перебування в стаціонарі спостерігалось у 8,9% хворих; у всіх – лише в легко вираженій формі. Такі хворі виглядали дещо поживавленими, веселими. Скарг на самопочуття вони не перед'являли і спонтанно висловлювали лише приємні спогади. Вони вважали за тягар перебування в стаціонарі, однак в цілому адекватно оцінювали стан власного здоров'я і дотримувались порад лікаря.

Більшість обстежених хворих виявляла позитивне відношення до психологічного обстеження; але в деяких хворих відзначалися різні ступені негативного відношення.

Ступінь негативного відношення до психологічного обстеження корелював із віком хворих ( $c=0,34$ ), об'єктивними ознаками дратівливості ( $c=0,72$ ). Була відзначена зворотна кореляція із ступенем вираженості болю в правому підреб'ї ( $c=-0,30$ ) та із рівнем скарг на зниження настрою ( $c=-0,33$ ).

Рівень негативного відношення до психологічного обстеження був вищим у хворих, що порушували рекомендації лікаря щодо дієти та режиму:  $F = 4,70$ ;  $p<0,05$ .

Таких хворих, що виявляли порушення лікувального режиму, було 3 (5,4%). Вони епізодично вживали продукти, заборонені дієтичними рекомендаціями; хоча після одного-двох зауважень таких порушень у них більше не відмічалось. Всі ці пацієнти були хворими на ВГВ

із середньотяжким перебігом, і знаходились вони в стаціонарі на протязі вірогідно більшого терміну, ніж інші хворі ( $37,3\pm 2,0$  діб; решта хворих –  $23,6\pm 1,1$  діб;  $F = 8,32$ ;  $p<0,01$ ).

Отже, як виявило дослідження, у жодного з 56 обстежених хворих психічні порушення не досягали ступеня клінічно оформлених станів і обмежувались в своєму розвитку рівнем синдромально незавершених, доклінічних розладів.

Нами не спостерігались виражені депресивні прояви, описані в літературі [3 – 5]. Не було відмічено також описаних в минулому помітних гіпоманіакальних станів [4, 5]. Незначні гіпертімічні прояви, які інколи зустрічались в клініці ВГ, не мали особливої небезпеки в плані формування неадекватного відношення до лікування.

Зв'язок із типом гепатиту та тяжкістю його перебігу виявлений лише для деяких межових психопатологічних симптомів. Так, було встановлено, що дратівливість та емоційна лабільність є більш вираженими при середньотяжкому перебізі гепатитів. Окрім того, в групі хворих із середньотяжким перебігом гепатитів суттєво вищий рівень дратівливості спостерігався у хворих на ВГВ; навпаки, слабкість та підвищена втомлюваність були більш помітними у хворих на ВГА. Таким чином, при ВГА відносно гостріший перебіг обумовлює вищу питому вагу власне астенічних явищ.

Достовірну залежність решти симптомів від типу або тяжкості перебігу гепатитів встановити не вдалось. Однак, аналіз кореляційних зв'язків виявляє ряд деталей щодо значення окремих психопатологічних ознак в загальній характеристиці поведінки хворих.

Хоча такі явища, як дратівливість та емоційна лабільність були більш помітними при середньотяжкому перебізі хвороби, вони корелювали із вираженістю негативного відношення до психологічного обстеження та частотою порушень лікувального режиму. Отже, наявність дратівливості та емоційної лабільності свідчить про бажання хворого продемонструвати свою "стійкість" перед захворюванням, бажання впоратись із хворобою без сторонньої допомоги, "самотужки", що при значній вираженості призводить до позиції "ігнорування" хвороби.

Скарги хворих на зниження настрою, а також скарги на дратівливість не мали достовірного зв'язку із відповідними об'єктивними проявами. Але вони були пов'язані із рівнем власне астенічних явищ (слабкості, запаморочення) та із вираженістю соматичних проявів хвороби (біль, підвищення температури). Виходячи із структу-

ри кореляційних зв'язків можна припустити, що такі скарги скоріше свідчать про суб'єктивне занепокоєння хворого станом власного здоров'я, уважливий аналіз своїх відчуттів, поважне відношення до лікування (особливо при наявності скарг на зниження настрою). Враховуючи зворотну кореляцію скарг на зниження настрою та біохімічних показників порушення функцій печінки (білірубін та його фракції, аланінамінотрансфераза), можна думати, що нижча питома вага цих скарг у хворих з більш тяжким станом обумовлена зниженням рівню когнитивної диференційованості внаслідок гострішого перебігу хвороби.

Слід відмітити особливий вплив на психічний стан пацієнтів такого соматичного симптому, як біль або відчуття дискомфорту в правому підребр'ї ("в печінці"). Він корелював із рівнем

слабкості, скарг хворого на дратівливість; зворотно корелював із рівнем емоційної лабільності та рівнем негативного відношення до обстеження. Таким чином, вираженість цього симптому суттєво визначала занепокоєння хворого, його потребу в допомозі, прагнення до лікування. Навпаки, при його відсутності, відношення пацієнта до хвороби частіше наближалось до вищезгаданої "ігноруючої" позиції.

Отже, спостереження за межовими психічними порушеннями у хворих на ВГ повинно орієнтувати лікаря-інфекціоніста в плані визначення адекватної психологічної тактики при лікуванні цих хворих. Окрім того, облік цих порушень має бути досить суворим та об'єктивним, оскільки їх наявність неодмінно впливає на складний процес оцінки лікарем загального стану пацієнта та тяжкості перебігу хвороби.

*А. В. Канищев*

## ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Статья посвящена изучению и анализу пограничных психических изменений и расстройств у больных вирусными гепатитами А и В. Исследование основано на результатах клинико-психопатологического обследования 56 больных вирусными гепатитами, дополненного применением специально разработанной объективизационной методики. Приведены подробные, статистически подтвержденные данные о частоте встречаемости и качественной структуре выявленных психических нарушений. Во всех наблюдавшихся случаях психические изменения являлись синдромально незавершенными, доклиническими; ни разу не встречались выраженные депрессивные и гипоманиакальные состояния, описанные в литературе прошлых лет. Выявлено, что существуют психопатологические симптомы, зависящие от соматического состояния больных, а также симптомы, наличие и выраженность которых определяется характером отношения больного к болезни и к лечению. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2000. - № 1 (7). - С. 79-82)

*A. V. Kanishchev*

## BORDERLINE BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

The paper deals with description and analysis of borderline behavioral disorders in patients with viral hepatitis A and B. The investigations are based on the results of psychopathological examination which was done on 56 hospitalized patients with viral hepatitis. Clinical data were verified by assessment of special quantitative scale. Detailed, statistically verified information about frequency and qualitative structure of behavioral disorders is given. In all cases syndromic structure of behavioral changes was uncompleted, and remained at preclinical level. Clinically significant depressive and hypomaniacal states, which have been documented in the previous studies, never occurred in our investigations. Estimated, that there were psychopathological symptoms depending on the patient's physical state; and there were ones depending on the patient's attitude toward illness and treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 79-82)

### *Література*

1. Афанасьев Д.В. Холемические психозы // Клиническая медицина. - 1939. - Т. 17, № 12. - С. 28 - 36.
2. Горячев К. С. Особенности астенического синдрома в продромальном периоде заболевания вирусным гепатитом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. - М., 1977. - С. 24 - 26.
3. Молохов А. Н. О церебральных расстройствах при эпидемическом гепатите (болезни Боткина). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1958. - Т. 58, в. 3. - С. 264 - 268.
4. Невзорова Т.А. Психопатология в клинике внутренних болезней и неотложная помощь. - М.: Медгиз, 1958. - 224 с.
5. Невзорова Т.А., Коканбаева Р.Ф. О психических изменениях при болезни Боткина (эпидемическом гепатите) //

Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1955. - Т. 55, № 8. - С. 561 - 565.

6. Угрюмов Б.Л., Андрейчин М.А. Астенический синдром при вирусном гепатите // Врачебное дело. - 1979. - № 2. - С. 106 - 110.

7. Эфендиев Т.М. О невро-психических расстройствах при болезни Боткина // Терапевтический архив. - 1956. - Т. 28, № 8. - С. 71 - 72.

8. Франк Д.Б. Изменения психики при желтухе // Врачебное дело. - 1921. - № 16-21. - С. 257 - 261.

9. Zacharski L.R., Litin E.M., Mulder D.W., Cain J.C. Acute, Fatal Hepatic Failure Presenting with Psychiatric Symptoms // American Journal of Psychiatry. - 1970. - Vol. 127, № 3. - P. 382 - 386.

Поступила в редакцию 16.08.2000г.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.155.83.618.3

*И.А. Бабюк, С.И. Табачников, Т.В. Арнольдова***МУЗЫКОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: беременность, психокоррекция, музыкотерапия, аутотренинг

В последние десятилетия отечественные ученые значительное внимание уделяют изучению закономерных связей психических и соматических факторов в формировании психопатологических состояний у беременных и их обратного влияния на процесс беременности.

Психосоматический подход в акушерско-гинекологической практике уделяет внимание влиянию психического и соматического состояния матери на течение беременности и состояние плода. К психосоматическим особенностям женской репродуктивной системы относят: 1) ее относительную автономность как в отношении других функциональных систем организма, так и в отношении индивидуума, что проявляется на различных уровнях - гормональном, иммунном, психическом и др.; 2) формирование новой функциональной системы «мать—плацента-плод» (по теории функциональных систем П.К. Анохина); 3) корреляцию экзогенных и эндогенных факторов с эмоциональными, личностными и другими органными механизмами беременной, что важно для процесса самосохранения и сохранения плода; 4) влияние психо-эмоциональных факторов матери на состояние плода, т.к. согласно F.Miraglia (1972), в системе «мать-плацента-плод» уже можно наблюдать протоумственную активность последнего, генетически передающуюся от матери; 5) функциональный и фазовый характер течения беременности, когда психо-эмоциональная сфера может создавать ситуационный физиологический стресс, который в ряде случаев трансформируется из нормы в патологию, создавая условия риска развития психосоматического дисбаланса в системе «мать-плацента-плод».

Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы женщины и эмоциональной атмосферы, окружающей ее, создают ситуационный физиологический стресс. Биологические,

эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в проявление патологического стресса, создавая условия психосоматического риска. Длительные отрицательные эмоции у матери могут являться причиной нарушения нормального внутриутробного развития и повлиять на становление функций ЦНС плода [5], увеличивают частоту гестозов, не вынашивания беременности, развития преждевременных родов [6]. Исследования О.М. Шавульской и И.А. Могилевкиной (1997) психологического состояния у женщин с желаемой беременностью в условиях крупного промышленного центра выявили ряд следующих особенностей: до 16 недель гестации у женщин преобладают симпатикотония, целостность личностных свойств и поведение по автономному типу; в 7-25 нед. чаще наблюдают равновесие вегетативной нервной системы с повышением частоты эмоционального конфликта; в 26-32 нед. на фоне снижения частоты регистрации равновесия вегетативной нервной системы - нарастание симпатико- и парасимпатикотонии, чаще всего у беременных поведение по гетерономному типу и экстравертированность, т.е. повышается уровень стресса; в 33-36 нед. на фоне парасимпатикотонии отмечают наибольшую разбалансированность личностных свойств, высокий уровень стресса и эмоционального конфликта. Это безусловно негативно влияет на общее состояние матери и ребенка, течение беременности, общий климат в семье.

В научной литературе обсуждаются различные виды медикаментозного и немедикаментозного воздействия, результаты лечения подобных нарушений у беременных достаточно дискуссионны [1,6].

По нашему мнению, для коррекции психо-эмоциональных нарушений у беременных можно

шире применять различные виды психотерапии. При этом речь редко идет об использовании какого-либо одного метода; как правило, для получения лечебного эффекта необходимы два и более методов психотерапии, объединенных в систему. С. Кочарян и соавт. (1994) считают разработанные музыкальные программы особым методом психотерапии, учитывая общественную детерминированность. В одних случаях при нервно-психических нарушениях музыкотерапии отводится лишь вспомогательная роль, в других, напротив, ее рассматривают как основной метод. Выявлена зависимость состояний, развивающихся под влиянием музыкального произведения, от темпа музыки, ее ритмического рисунка и звукового сочетания. Так, отмечено, что спокойная мелодия успокаивает, вызывает трофотропный эффект, создает приятное настроение. S. Leder и соавт. (1988) выделяют следующие механизмы действия музыкальных лечебных программ: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, повышение доступности для созидательного нивелирования психо- и социодинамических процессов. Они облегчают возможность усвоения пациентом новых отношений и установок, в частности, через развитие эстетических потребностей и т.п. Становится очевидной эффективность использования специальных музыкальных программ.

С.А. Гуревич (1986) лечебные музыкальные программы разделяет на общие (коммуникативные, регулирующие, реактивные) и музыкально-терапевтические (специальные и фоновые). Общие лечебные музыкотерапевтические программы направлены на гармонизацию общего психического и соматического состояния пациентов и оптимизацию семейных отношений. Музыкально-терапевтическая программа соответствует цели заочного специально-психологического тренинга беременной женщины. Фоновые музыкальные программы используются после врачебного инструктажа в домашних условиях в течение дня не только для коррекции возможных психоэмоциональных расстройств, но и для их профилактики. Подбор фонового музыкального материала определяется индивидуальными особенностями его восприятия пациентами, а также конкретными психоэмоциональными изменениями.

Известен положительный терапевтический эффект применения различных видов аутогенной тренировки у больных с различными невротическими расстройствами [2,7]. Литературных данных о сочетании использования музыкальной программы и аутогенного тренинга для снятия пси-

хоэмоциональных расстройств у беременных мы не встречали.

Целью предлагаемого способа является коррекция психоэмоциональных расстройств у беременных путем сочетанного воздействия специально созданной музыкальной терапевтической программы и аутогенной тренировки. Сущность ее заключается в следующем. На фоне прослушивания специальной музыкотерапевтической программы пациентка проводит аутогенную тренировку. Коллектив авторов - д.м.н., проф. И.А. Бабюк, к.м.н. Ф.Р. Вуль (Донецк, Украина), композиторы В.Г. Пешняк (Москва, Россия), Т.М. Михеева (Алма-Ата, Казахстан) разработали и записали специальную музыкальную терапевтическую программу под названием «Младенческая рапсодия», предназначенную для психической и эмоциональной разгрузки при невротических и психоэмоциональных расстройствах у беременных и гармоничного развития плода.

Подобранная в соответствии с положительными ассоциациями и соотнесенная с возможными психоэмоциональными расстройствами, предлагаемая музыкотерапевтическая программа является своеобразной «партитурой» для гармонизации внутреннего состояния и положительного восприятия окружающего мира. Инструментальное произведение полно метафорических ассоциативных отсылов, закодированных славянских и восточных форм и структур, чувственной пластичности, несет самостоятельную нагрузку, содержит шумовые и музыкальные картины окружающей природы (капли стекающей воды, шум листвы, пение птиц, ощущение космоса, напевы колыбельной песни и т.п.). Программа исключает использование ударных инструментов. При всей сложности модернистских акустических построений и комплексности гармонического строя, впечатление пространственно-акустического события не теряется и сохраняется целостность всего композиционного спектра.

Музыкальная программа длится около 60 мин. Прослушивание музыки рекомендуется 2-4 часа в дневное и вечернее время на обычном магнитофоне или плеере.

В качестве аутогенного тренинга предлагается модификация его классического варианта, предложенного И.Г. Шульцем (либо другая апробированная методика). Она состоит из 2-х ступеней: 1-я включает 5 упражнений, вызывающих чувство тяжести в верхних и нижних конечностях, ощущение тепла в верхних и нижних конечнос-

тях, спокойный правильный ритм сердечной деятельности, ощущение тепла в эпигастральной области, ощущение прохлады в области лба. Каждое упражнение усваивается, примерно, в течение недели. Таким образом, продолжительность 1-й ступени составляет 5 недель. 2-я ступень включает усвоение специального курса по аутогенному погружению, обучению саморегуляции своего состояния (в виде мотивированного самовнушения, самоубеждения, самоутверждения), рецептивной тренировки (с помощью формул, влияющих на эмоциональное состояние, вегетативную реактивность), повторной психофизиологической релаксации, физической и психической активности. Основная, 2-я ступень, проводится амбулаторно 2 раза в неделю, по 30 мин. (на фоне музыкотерапии). Также пациентки самостоятельно дома тренируются и закрепляют занятия по сокращенной формуле 2-3 раза в неделю по 30-60 мин. Во время функциональных тренировок предлагается использовать индивидуализированные, дифференцированные для конкретной беременной «личные» формулы. Немаловажную роль играют поведение врача,

его внешность, умение вести беседу с пациентами, доверие к врачу.

Предлагаемый способ сочетанного воздействия аутогенной тренировки и музыкотерапии (рац. предл. ДГМУ-ДОЛКО №100 от 09.01.98г.) апробирован в коррекции психоэмоциональных расстройств не психотического регистра у 37 беременных женщин 2-й половины беременности. Уже на 14-20 день занятий все пациентки отмечали снятие напряженности, улучшение настроения, уверенность в себе, гармонизацию отношений с окружающими. Во время сеансов побочных эффектов и осложнений не наблюдалось.

Преимущество предлагаемого способа коррекции заключается в безмедикаментозном целенаправленном использовании активной и пассивной коммуникации от ее простых форм до самостоятельной творческой импровизации, имеющей лечебные цели. К достоинствам можно также отнести безвредность, легкость и простоту применения, использование в виде монотерапии (в амбулаторных и домашних условиях) и как один из этапов комплексной терапии претоксикозов и психоэмоциональных расстройств у беременных.

*І.О. Бабюк, С.І. Табачников, Т.В. Арнольдова*

## **МУЗИКОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ**

Донецький державний медичний університет, Україна

У повідомленні визначено психоемоційні фактори, які ускладнюють перебіг вагітності у жінок. При цьому доводиться необхідність ранньої і комплексної психокорекції з використанням музыкотерапії і аутотренінгу, що дозволяє значно знизити психоемоційні розлади. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С.83-85)

*I.A. Babyuk, S.I. Tabachnikov, T.V. Arnoldova*

## **MUSIC-THERAPY IN PSYCHOCORRECTION SYSTEM OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN THE PREGNANCY**

Donetsk state medical university, Ukraine

Psychoemotional factors which complicate the pregnancy in women are determined in this report. Necessity of early and complex psychocorrection with using of music-therapy and autotraining is proved. Method allows to reduce the quantity of psychoemotional disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 83-85)

### *Литература*

1. Абрамченко В.В., Терешенков А.В. Аутогенная тренировка в системе физиопсихопрофилактики подготовки беременных к родам // Вестн. гипнологии и психотерапии.- 1991.- №1.- С.29-31.
2. Алексеев Г.И., Батурина Л.А. Музыкотерапия гипертензионного синдрома //Вестн. гипнологии и психотерапии.- 1991.- №1.- С.47-49.
3. Гуревич С.А. Музыкотерапия в практике сексопатологов // Актуал. вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.- М., 1986. С. 18.
4. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных

расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994.— 224с.

5. Савченко Ю.И. Ковалевский В.Л. Эмоции, беременность и потомство // Акушерство и гинекология.- 1984.- №10.— С.2—15.

6. Шавульская О.М., Могилевкина И.А. Тест Люшера в оценке особенностей психологического состояния в динамике гестойдного процесса у женщин с желанной беременностью / / Мед.-соц. пробл. семьи.- 1997.- Т.2.- №2.- С. 31-135.

7. Щеглова И.Ю. Психотерапевтическая помощь при самопроизвольном аборте // Вестн. гипнологии и психотерапии. - 1991.- №1.- С.76-78.

Поступила в редакцию 11.10.2000г.

УДК: 616.89 - 008 - 08 - 07; 616 - 053.71

*А.Л. Вольфогель***КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТОВ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: неврозоподобное состояние, церебрально-органическая недостаточность, обсессивное расстройство.

Органические поражения головного мозга на различных этапах формирования личности детей и подростков часто являются причиной появления нервно-психических расстройств, структура и выраженность которых зависят от сочетания ряда факторов. В число этих факторов входят церебрально-органические, экзогенные и эндогенные вредности [1; 2].

Главной особенностью резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков являются сложность клинической картины и недостаточно изученная динамика [3; 4; 5]. В препубертатном и пубертатном возрасте эти расстройства нередко выступают в форме неврозоподобных состояний [6].

Актуальность изучения клиники и динамики

неврозоподобных состояний резидуально-органического генеза (НС) определяется не только постоянным ростом пограничных состояний в общей структуре психических заболеваний [7], но и их резистентностью к терапии, тенденцией к затяжному течению, нарушающему нормальное формирование личности ребёнка. Последнее особенно важно в достаточно сложных экологических и экономических условиях нашего времени [8].

В практической работе детского и подросткового врача-психиатра наиболее часто встречаются два варианта НС: обсессивно-компульсивное и тревожно-фобическое расстройства. Изучение их клинических особенностей и составило цель настоящего исследования.

**Материалы и методы исследования**

Клинико-динамическим методом обследованы 86 детей и подростков с возрасте 7 - 15 лет (24 - женского и 62 мужского пола) с клиническими проявлениями неврозоподобных состояний (компульсивный у 38 и фобический синдром у 48 человек).

Органическое повреждение головного мозга происходило в возрасте 3-х - 7-ми лет. В этиологическом отношении речь идёт о менингоэнцефалитах, черепно-мозговых травмах, и в значительной части случаев – “цепочке” смешанных экзогенно-органических вредностей. Острый период экзогенно-органического повреждения головного мозга протекал с достаточно выраженными синдромами помраченного сознания.

При неврологическом обследовании у лиц с НС отмечена резидуально-органическая симптоматика, преимущественно стволовой локализации (глазодвигательные нарушения, свидетельствующие о недостаточности III и VI пар черепно-мозговых нервов), реже височной. Церебрально-органическую основу НС подтверж-

дают данные электроэнцефалографического исследования в виде слабой выраженности альфа-ритма, его неравномерности, низкой амплитуде колебаний. У ряда больных альфа-ритм имеет неправильное зональное распределение. В большинстве наблюдений отмечена значительная (по сравнению с возрастной нормой) выраженность тета-ритмов преимущественно в центральных и затылочных отделах коры головного мозга. При гипервентиляции отмечаются билатеральные вспышки тета-активности. На энцефалограммах выявляются также усиление неспецифического ответа и усиление реакций вовлечения на низкие частоты с иррадиацией в передние области коры головного мозга, снижение реакции активации на афферентные раздражители.

У большинства обследуемых наблюдались явления вегето-сосудистой дистонии с преобладанием симпатического тонуса, вестибулопатии, а при рентгенологическом обследовании - признаки повышения внутричерепного давления.

Приведенные данные свидетельствуют о пре-

имущественном поражении мезодиаэнцефальных структур головного мозга, которые в значитель-

ной степени определяют эмоционально-волевою сферу деятельности ребёнка и подростка.

### Результаты исследования и их обсуждение

Первыми проявлениями компульсивного варианта НС (КНС) нервно-психических расстройств являются преходящие тикоидные гиперкинезы (частые моргания, облизывания губ, подёргивания мышц верхнего плечевого пояса и т.п.), утомляемость, расстройства влечений, раздражительность, трудности засыпания. Навязчивые движения достаточно простые по структуре связаны с состоянием внутреннего напряжения, тревоги, протопатического страха.

В пубертатном возрасте компульсивные расстройства становятся более сложными, приобретают форму целенаправленных действий - ритуалоподобные притоптывания, дотрагивания до предметов, подчёркивание букв при письме, мытьё рук и т.п. Эти расстройства обусловлены не столько тревогой и страхом, сколько ситуационными факторами, вызывающими состояние дискомфорта.

Во всех этих случаях выявляется церебрастенический симптомокомплекс (утомляемость, истощаемость внимания, раздражительность, двигательная рассторможенность, нарушение сна и т.п.).

Динамика КНС определяется, в первую очередь, степенью церебрально-органической недостаточности, однако, немаловажная роль принадлежит дополнительным психо- и соматогенным факторам, своевременности и адекватности проводимой терапии.

В случае регрессиентного развития болезни в первую очередь редуцируются факультативные симптомы (нарушения сна, аппетита, страх одиночества, сноговорения и т.п.), затем навязчивые и тикоидные движения.

Церебрастенический симптомокомплекс более устойчив, сохраняется на протяжении нескольких месяцев после исчезновения компульсивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность является "почвой" для эпизодических рецидивов, которые чаще всего спровоцированы психо- или соматогенными факторами.

Неврозоподобный энурез и заикание в структуре НС менее динамичны, более устойчивы, в большей степени зависимы от медикаментозного лечения, чем от психотерапии.

При отсутствии дополнительных вредностей церебрастенические и неврозоподобные расстройства имеют регрессиентную тенденцию в пубертатном возрасте. Стабильная компенса-

ция, как правило, наступала в возрасте 13-16 лет вне зависимости от пола. Компенсация состояния, однако, не была полной, сохранялись признаки церебрастении и заострение преморбидных черт личности в виде повышенной готовности к реакциям лабильности, астении и преходящим тикоидным проявлениям.

При фобическом варианте НС навязчивые страхи разнообразны по содержанию: страх потерять родителей, страх болезни и смерти, страх ВИЧ -инфицирования, страх устного ответа на уроках и т.п. Для подросткового возраста характерны ипохондрические переживания (канцерофобия, кардиофобия). Часто подростки с целью ослабления страхов совершают "защитные действия", близкие к эндогенным ритуалам, мотивом служит желание защититься от возможного несчастья. Клинически наиболее часто это навязчивое мытьё рук, повторение тех или иных действий ("счастливое" число раз, стереотипные, однообразные вопросы). Внешне эти защитные действия напоминают компульсивные расстройства, однако возникают вторично, как производные страха, а также замещаются или дополняются другими, чаще в рудиментарном виде (подросток перестаёт по долгу мыть руки, но долго смачивает пальцы, тщательно вытряхивает одежду, якобы сдувая пыль).

Церебрастенические расстройства проявляются в виде вегетативной лабильности, колебания артериального давления, дистального гипергидроза, акроцианоза, расстройств аппетита и терморегуляции. Ослабление с возрастом фобических переживаний происходило параллельно с нивелированием церебрально-органических расстройств, однако они полностью не исчезают и служат фоном для рецидива, чаще всего, ипохондрических опасений и страхов.

ФНС характеризуются нестабильностью интенсивности ведущего синдрома - от опасений, с которыми подросток в состоянии справиться до овладевающих личностью страхов, нарушающих его социальную адаптацию. ФНС отличаются непрерывным, рецидивирующим течением. В динамике отмечено усложнение симптоматики в виде присоединения идеаторных навязчивостей (мыслей, представлений, реминисценций).

Для подросткового возраста характерна трансформация компульсивных расстройств в

фобические и наоборот. Период относительной компенсации приходится на возраст 10-12 лет и является периодом качественных изменений в динамике заболевания и во многом определяет прогноз ФНС. Церебральные расстройства не стабильны и ярче проявляются в период декомпенсации. Помимо пубертатного криза, декомпенсация может быть обусловлена повторными экзогенными вредностями и в меньшей степени ситуационно-семейным неблагополучием.

Таким образом, общим для всех больных НС является значительная роль церебрально-органической недостаточности в клинике заболевания и его динамике. Некоторые специфические особенности нервно-психической реактивности лиц с КНС проявляются в виде отклонений в развитии двигательной сферы (моторная неловкость, медлительность, двигательная расторможенность и т.п.), расстройствах аффективной сферы (тревожность, эмоциональная лабиль-

ность, тормозимость). Порой, эти отклонения приводят к акцентуации характера. Наряду с четкими церебральными расстройствами уже в младшем школьном возрасте отмечаются недифференцированные невротические реакции. Компульсивный вариант НС начинается, как правило, в форме простых тикоидноподобных навязчивостей, затем приобретает характер сложных, целенаправленных (ритуалоподобных) действий. Фобический вариант НС характеризуется полиморфными страхами, в ряде случаев сопровождается защитными ритуальными действиями, "неврозом ожидания". Динамика НС, вне зависимости от варианта, характеризуется непрерывным, рецидивирующим течением. В пубертатном возрасте происходят качественные изменения динамики заболевания: либо наступает относительная компенсация, либо - этап невротического формирования личности на фоне церебрально - органической недостаточности.

*А.Л. Вольфогель*

## **КЛІНІКО - ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЗОПОДІБНИХ СТАНІВ РЕЗІДУАЛЬНО - ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ**

Донецький державний медичний університет

Наводяться результати клініко-динамічного вивчення дітей та підлітків з двома варіантами неврозоподібних станів резидуально - органічного генезу (НС)-обсесивно - компульсивним та обсесивно - фобічним, загалом 86 осіб чоловічої та жіночої статі. Доведені особливості клініки та динаміки кожного з варіантів. Визначені клінічні ознаки "групи ризику". Вивчені деякі особливості динаміки НС та їх залежність від станів вікового розвитку, а також інших додаткових чинників, а саме - умови виховання, вікові кризи та екзогенно-органічні шкідливості, які повторюються. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 86-88)

*A. L. Voltfogel*

## **CLINICAL AND DYNAMICS PECULIARITIES OF NEUROTIC-LIKE STATES OF RESIDUAL - ORGANIC GENESIS THAT HAD BEGHEID IN CHILDHOOD AND ADOLESCENT TIME**

Donetsk State Medical University

The results of clinical and dynamics investigation of 86 adolescents and obsessiv - jobic of neurosis - like states of organic origin are presented. Clinical siglens of the group of risk are described. Some peculiarities of each variant and the factors of prognosis are shown.

As the most significant such factors as conditions of bringing up, age crises and repeating exogenic and organic harms are selected. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 86-88)

### *Литература*

1.Ковалёв В.В. Непроцессуальные неврозоподобные состояния у детей и подростков - Ж. Невропатологии и психиатрии.1971,№10 с.1518-1524.

2.Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1979.- 607 с.

3. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина. 1974. - 319 с.

4. Кузнецов В.Н. Диагностика и лечение неврозоподобных состояний у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью / Методич. рекомендації . Киев -1978. - 25 С.

5. Кузнецов В.Н. Клиника, диагностика депрессивно-

дистимических неврозоподобных состояний резидуально - органического генеза у детей и подростков. - Ж. психиатрии и мед. психологии, 1997, № 1 (3), С. 64 – 67.

6. Шевченко К.С. Динамика неврозов в детском и подростковом возрасте. Автореферат дисс. канд. М. 1982.

7. Каргин С.В. К вопросу о дифференциально - диагностической оценке хронических неврозоподобных психопатологических образований. - Материал XII съезда психиатров России 1 - 4 ноября. 1995, С. 204 - 205.

8.Базыльчик С.В. Пограничные нервно-психические расстройства у детей и подростков, проживающих на территории радиационного загрязнения: Автореф. дис. к.м.н-1993.-23 с.

Поступила в редакцию 12.09.2000

УДК:616.345-009.8

*Дорофеев А.Э.*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: психологический статус, энцефалография, колит

Состояние центральной нервной системы имеет важное значение в лечении и диагностике различных соматических заболеваний [2,3]. Изменение электрической активности мозга и психологического статуса больных во многом зависят от длительности течения основного заболевания, его тяжести и могут быть вызваны токсическими изменениями и метаболическими нарушениями [1,5,8]. Однако состояние центральной нервной системы может являться основополагающим моментом в возникновении и прогрессировании некоторых соматических заболеваний. В последнее время отмечается рост воспалительных заболеваний толстой кишки, в частности, язвенного колита, и многие исследователи указывают на важную роль нервной системы в инициации и развитии заболевания [4,6,7].

С другой стороны, в процессе болезни развиваются нарушения в центральной нервной системе, что во многом предопределяет прогноз и качество жизни таких больных [2,7,9]. Изменение состояния и функции центральной нервной системы на фоне терапии является существенным подспорьем в оценке правильности проводимых лечебных мероприятий и может быть критерием эффективности терапии. Целью данной работы было изучение психологического статуса и электрической активности мозга у больных язвенным колитом различной степени тяжести и пациентов с функциональной патологией толстой кишки — синдромом раздраженной толстой кишки /СРТК/ до и после лечения и разработка динамических критериев для оценки эффективности терапии.

### Материал и методы исследования

Было обследовано 40 больных язвенным колитом (ЯК) и 32 пациента с СРТК. Среди больных язвенным колитом 20 имели легкую форму заболевания, а 20 — среднюю и тяжелую форму. Диагноз ЯК выставлялся с учетом клинических, эндоскопических и рентгенологических данных и был подтвержден гистологически, диагноз СРТК выставлялся клинически с учетом эндоскопических и гистологических данных. У 32 больных ЯК и у всех пациентов СРТК была изу-

чена типологическая направленность высшей нервной деятельности по опроснику Айзенка, а у 37 пациентов с ЯК и всех больных СРТК определялась реактивная и личностная тревожность по методу Спилбергера до и после терапии. 18 больным ЯК и 20 пациентам СРТК до и после терапии проводилось электроэнцефалографическое исследование, 8 пациентам с ЯК и 7 больным СРТК проводилось картирование головного мозга.

### Полученные результаты и их обсуждение

Частота различных типов высшей нервной деятельности у больных с патологией кишечника отличалась от среднепопуляционной. Среди больных колитом преобладали холерики (43,7%) и меланхолики (31,3%), что достоверно выше, чем в популяции, а количество сангвиников было относительно небольшим ( $p < 0,05$ ). Различные формы ЯК отличались частотой встре-

чаемости отдельных типов высшей нервной деятельности. Если при тяжелой форме язвенного колита преобладали холерики — 66,7%, то при легком течении заболевания встречались все четыре типа высшей нервной деятельности, но половину составляли холерики, что в 2-3 раза выше, чем в общей популяции. Среди больных с функциональными нарушениями толстого ки-

шечника также преобладали холерики (50,0%) и отмечалось снижение встречаемости уравновешенного, сильного типа — сангвиников, что соответствует опубликованным данным [1].

Реактивная и личностная тревожность у больных язвенным колитом, лечившихся в стационаре была высокой (реактивная в 70,3%, личностная в 81,8%) (таблица 1). При этом наиболее высокая личностная тревожность выявлена у лиц с тяжелым течением язвенного колита, а реактивная тревожность была максимальной у больных с легким течением ЯК. При функциональных нарушениях толстого кишечника также 75,0% обследованных имели высокую реактивную и личностную тревожность. Частота средней реактивной тревожности колебалась при различных формах язвенного колита от 26,1% до 35,4% обследованных, а низкая реактивная тре-

вожность не выявлена ни у одного больного. Средняя личностная тревожность выявлена у 26,1% больных легким течением ЯК, 16,7% больных средним и тяжелым течением ЯК, а низкой личностной тревожности не было ни у больных ЯК, ни у больных с функциональными нарушениями толстого кишечника. Следует отметить, что на фоне терапии отмечено достоверное снижение личностной и реактивной тревожности. Реактивная тревожность снижалась у больных всеми формами ЯК и СРТК. В тоже время, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, личностная тревожность у больных с тяжелым и среднетяжелым течением язвенного колита снижалась недостоверно, тогда как у пациентов с легким течением ЯК и больных с СРТК отмечено достоверное снижение личностной тревожности на фоне проводимой терапии.

Таблица 1

Тип высшей нервной деятельности, реактивная и личностная тревожность у больных язвенным колитом и СРТК до терапии

Показатели	Язвенный колит						СРТК	
	Всего		Легкая форма		Средняя и тяжелая форма		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Сангвиники	4	12,5	4	20,0	-	-	4	12,5
Холерики	14	43,7	10	50,0	4	66,7	16	50,0
Меланхолики	10	31,3	4	20,0	-	-	8	25,0
Флегматики	4	12,5	2	10,0	2	33,3	4	12,5
Реактивная тревожность								
средняя	11	29,7	6	26,1	3	35,4	8	25,0
высокая	26	70,3	17	73,9	4	64,6	24	75,0
Личностная тревожность								
средняя	7	18,9	6	26,1	1	16,7	8	25,0
высокая	30	81,1	17	73,9	7	91,6	24	75,0

Следовательно, язвенный колит чаще возникает у лиц с несбалансированной высшей нервной деятельностью, преимущественно у холериков. Обострения сопровождаются высокой реактивной и личностной тревожностью, которые снижаются при эффективной терапии.

При анализе энцефалограмм достоверных отличий электрической активности мозга у больных различными формами ЯК не было выявлено. При этом у 14 (77,8%) больных выявлены умеренно выраженные изменения био потенциа-

лов головного мозга по типу дезорганизации. У 17 (94,4%) больных зарегистрированы периоды амплитудной асимметрии. На фоновой электроэнцефалограмме у трети пациентов с язвенным колитом зарегистрированы эпизоды слегка дезорганизованной альфа-активности, преимущественно в задних отделах мозга, которые у 4 (22,2%) больных сменялись длительными периодами низкоамплитудной полиморфной активности (до 10-15 минут). Следовательно, у больных с язвенным колитом на электроэнцефалограм-

ме определялись явления регуляторного дисбаланса в деятельности преимущественно средних структур мозга, неустойчивость уровня функционального состояния головного мозга. Следует отметить, что у 4 (20,0%) пациентов с СРТК на энцефалограмме были выявлены подобные изменения, однако периоды амплитудной асимметрии были более короткими, только у одного больного зарегистрированы периоды дезорганизованной альфа-активности. Интересным является тот факт, что у 7 (38,8%) больных яз-

венным колитом и у двух из четырех больных с СРТК с нарушениями на электроэнцефалограмме максимальные изменения обнаруживались в затылочной и затылочно-теменной областях головного мозга, что требует дальнейшего изучения. На фоне терапии выраженность регуляторного дисбаланса в деятельности структур головного мозга уменьшалась, хотя не исчезала полностью, что может свидетельствовать о метаболическом генезе нарушений функции головного мозга, вызванных патологией кишечника.

*Дорофеев А.Е.*

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ МОЗКА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГАЛЬНИМИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТОВСТОЇ КИШКИ**

Донецкий державний медичний університет, Україна

У 40 хворих на виразковий коліт та 32 хворих з синдромом подразненої товстої кишки (СПТК) вивчався психологічний стан за тестами Айзенка та Спілбергера, електрична активність мозку за даними електроенцефалограми. У хворих на виразковий коліт під час загострення хвороби знайдені підвищення реактивної та особистої тривожності та зміни на електроенцефалограмі. У хворих з СПТК під час загострення хвороби знаходили аналогічні зміни але менш інтенсивні. Після проведеної терапії у хворих на виразковий коліт зміни у психологічному становищі та на електроенцефалограмі не зникали повністю, що може свідчити про функційні, метаболічні порушення у діяльності центральної нервової системи, які обумовлені патологією товстої кишки. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2000. — № 1 (7). — С. 89-91)

*Dorofeyev A.E.*

## **MENTAL CONDITION AND ELECTRIC ACTIVITY OF THE BRAIN IN PATIENTS WITH INFLAMMATIVE AND FUNCTIONAL DISCASES OF THE BOWELS**

Donetsk State Medical University, Ukraine

In 40 patients with ulcerative colitis and 32 patients with irritable bowel syndrome (IBS) the psychological condition and electric activity of brain were studied. At patients with ulcerative colitis in aggravation of disease violations of central nervous system was observed. The increasing of reactive and personal anxiety, violations in electroencephalograms were observed. In patients with IBS the similar changes in psychological condition and in electroencephalogram, but less intensity were found. After treatment the patients with ulcerative colitis positive dynamics were found, but psychological and electroencephalographic changes didn't disappear, that testify the functional violation in central nervous system. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2000. — № 1 (7). — P. 89-91)

### *Литература*

1. Гребнев А.Л., Мягкова Л.П. Болезни кишечника / современные достижения в диагностике и терапии/ М.: Медицина, 1994.- 400с.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения./ М.:АО,Чертановская типография,1993.- 409 с.
3. Дейненко Н.Ф., Яблучанский Н.И., Бабак О.Я. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения в клинике внутренних болезней/ Харьков: Основа,1991.-272 с.
4. Златкина А.Р. Лечение хронических заболеваний органов пищеварения./ М.: Медицина, 1994.-336 с.

5. Bockus Gastroenterology.-London:Acad.press.1995.- V.2.- 2136 p.
6. Clouse R.E.,Pericrypt eosinophilic enterocolitis and chronic diarrhea// Gastroenterol.-1992.-N7.-P.168-80.
7. Kirsner J.B., Shorter R.G., Inflammatory Bowel Disease.- London: Shorter- 4th ed,1995.-1034p.
8. Odze R.D. Allergic proctocolitis in infants and adult. - London : Hum. Pathol, 1993.-668p.
9. Ryjdes J.M. Unifying hypothesis for inflammatory bowel disease and associated colon cancer// Lancet.-1996, V.347.- p.40-44.

Поступила в редакцию 05.01.1999г.

УДК 616. 853: 577. 15

Дубенко А. Е.

## РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: эпилепсия, энергетический обмен, энцефалопатия

При эпилепсии значительно страдает энергетический обмен. При компенсации заболевания происходит умеренное угнетение активности оксидоредуктаз и киназ, то есть ферментов, которые во многом определяют интенсивность процессов окисления и процессов восстановления и перенос фосфатных групп, за счет чего осуществляется перенос энергии от одной системы к другой в форме богатых энергией фосфатных связей (см. табл. 1). На этом фоне у больных уменьшается содержание аде-нозинтрифосфата (АТФ) и увеличивается содержание аденозиндифосфата (АДФ), что свидетельствует о повышенном расходе энергии. То есть у этих больных наблюдается угнетение окислительно-восстановительных процессов, на фоне которого происходит ускоренный гидролиз АТФ для покрытия энергетических затрат организма, (см. табл. 2). В то

же время у них несколько активируется альдолаза, которая играет важную роль в обмене углеводов и катализирует конечные процессы распада углеродных соединений, дающие достаточно большое количество энергии. Также активируются щелочные фосфатазы (щф), которые отчасти катализируют гидролизирование фосфомоноэфиров и тоже способствуют активации окислительного дефосфорелирования. Все это происходит на фоне некоторой активации процессов свободно-радикального (то есть неферментативного) окисления. Таким образом, при компенсации эпилепсии происходит увеличение расхода АТФ для покрытия энергетического дефицита, который возникает, по-видимому, вследствие уменьшения интенсивности окислительно-восстановительных реакций, что обусловлено уменьшением активности большой группы оксидоредуктаз.

Таблица 1

Состояние активности ферментов плазмы крови у больных эпилепсией при компенсации и декомпенсации заболевания.

	Декомпенсация	Компенсация	Контрольная группа
Л Д Г	1,133±0,082 P<0,001; P`<0,02	2,48±0,193 P<0,005	2,48±0,193
М Д Г	1,28±0,542 P<0,001; P`<0,002	2,115±0,234 P<0,02	2,613±0,171
α – Г Б Д Г	1,545±0,193 P<0,001; P`<0,02	2,015±0,232 P<0,05	2,666±0,197
К Ф К	12,344±2,54 P<0,002; P`<0,02	20,312±1,681 P<0,05	23,320±1,433
Ф Ф К	8,943±0,592 P<0,005; P`<0,05	10,645±0,693 P<0,05	12,235±0,963
Г К	10,242±0,423 P<0,005; P`<0,05	13,733±0,324 P<0,05	15,344±1,022
А льдолаза	18,232±0,423 P<0,05; P`<0,05	17,323±0,344 P<0,05	15,624±1,342
К ат	3,533±0,243 P<0,002; P`<0,05	4,232±0,432 P<0,05	5,623±0,432
П ер	58,483±3,942 P<0,001; P`<0,02	75,032±4,213 P<0,02	90,834±4,742
Ц п	318,0±9,62 P<0,05; P`<0,05	238,0±4,56 P<0,05	234,0±3,41

p - достоверность различий с контрольной группой p' - достоверность различий между группами больных

Вышеописанные изменения могут носить компенсаторный характер и препятствовать эпиптизации головного мозга за счет диффузного снижения обменных процессов, в то же время истощение запасов АТФ и активация углеродного обмена может быть обусловлена усиленным расходом энергии, который необходим

для функционирования противоэпилептической системы. Угнетение процессов окислительного фосфорелирования приводит к активации СРО, накоплению интермедиантов кислорода, которое обуславливает токсическое воздействие этих биохимических изменений на нервную ткань.

Таблица 2

Состояние окислительного фосфорелирования у больных эпилепсией.

	Декомпенсация заболевания	Компенсация заболевания	Контрольная группа
Содержание АДФ	90,1±8,3 P<0,01; P>0,002	120,2±7,3 P>0,05	110,8±8,2
Содержание АТФ	389,1±11,4 P<0,001; P>0,002	4,75±0,12 P<0,05	4,37±0,08
Индекс АДФ /АТФ	0,23	0,19	0,17

При декомпенсации заболевания угнетение активности киназ значительно усиливается, при этом наблюдается выраженное, почти в два раза, уменьшение содержания АТФ, которое протекает на фоне уменьшения содержания АДФ, то есть дефосфорелирование проходит до конца, что свидетельствует о глубоком истощении энергетических запасов организма и крайне выраженном угнетении образования высокоэнергетических фосфатов. (см. табл.2). При декомпенсации эпилепсии происходит существенное уменьшение энергетического потенциала организма, что затрудняет функционирование наиболее рациональных механизмов получения энергии — дефосфорелирования АТФ — из-за истощения этой системы и снижения возможности ее восстановления. На этом фоне происходит дальнейшая активация альдолазы, которая свидетельствует о включении менее эффективных компенсаторных энергетических систем организма. При этом наблюдается существенное угнетение основных ферментов, которые катализируют окислительно-восстановительные процессы — дегидрогеназ (ДГ), каталазы (кат), пероксидаз(пер), что свидетельствует об уменьшении возможности утилизации кислорода и приводит, с одной стороны, к развитию тканевой гипоксии и особенно гипоксии мозга, ткань которого наиболее чувствительна к уменьшению ферментативного потребления кислорода, а с другой — создает благоприятные условия для усиления процессов СРО, которое приводит к развитию оксидантного стресса (см. табл. 1). Активация церулоплазмина (Цп) на этом фоне выглядит компенсатор-

ной, поскольку этот фермент, является тканевой оксидоредуктазой, усиливает свою каталитическую активность в крови преимущественно при развитии различных патологических состояний.

Окислительно-восстановительные процессы тесно связаны с нейромедиаторными, особенно с глутамат- и ГАМК-ергическими. Развитие тканевой мозговой гипоксии приводит к увеличению концентрации глутамата, что, в свою очередь, ведет к возбуждению рецепторов глутамата. Эти изменения, с одной стороны, безусловно, способствуют нарушению равновесия между глутаматергической и ГАМК-ергической нейромедиацией, что приводит к усилению эпилептической активности мозга, а с другой усугубляет истощение запаса АТФ, что усиливает нарушения энергетического обмена, описанные выше. При декомпенсации заболевания степень угнетения окислительно-восстановительных процессов значительно выше, что в большей степени усиливает их влияние на обмен глутамата и способствует увеличению выброса этого нейромедиатора, усилению его возбуждающего влияния, которое, с одной стороны, усиливает явления декомпенсации, а с другой — еще в большей степени способствует истощению запаса АТФ за счет АДФ-риболизирования, что, в конечном итоге, способствует гибели нейронов. Гибель нервных клеток головного мозга является, с одной стороны, причиной развития энцефалопатии, а с другой — способствует усилению диссоциации метаболизма белков, что приводит к усилению угнетения активности ката-

лазы, пероксидазы и дегидрогеназ и высвобождению ионов свободных металлов, которые активируют процессы СРО, а это способствует повреждению клеточных мембран, что, в конечном итоге, ускоряет процесс гибели нейронов. Помимо этого, в результате активации СРО образуются токсические продукты пероксидации, которые оказывают токсическое действие на нейрон, а также способствуют возбуждению и повреждению глутаматных рецепторов, что усиливает возбуждающие процессы в ЦНС.

Таким образом, обнаруженное при эпилепсии угнетение энергетического обмена, которое проявляется снижением интенсивности окислительно-восстановительных процессов, угнетением процессов окислительного фосфорелирования и истощением запасов АТФ, активацией менее

эффективных путей выработки энергии и активацией свободно-радикального окисления (СРО), играют существенную роль в патогенезе эпилепсии. Благодаря тесной взаимосвязи этих процессов с обменом глутамата, они способствуют усилению возбуждающих процессов ЦНС. В то же время многие из этих изменений, особенно при их значительном развитии, способствуют гибели нейронов, *которые*, по-видимому, лежат в основе формирования энцефалопатии при длительно текущей эпилепсии. Нарушения энергетического обмена из-за истощения запасов АТФ, увеличения образования свободных радикалов и, как следствие этого, повреждения клеточных мембран, приводят к гибели нейронов головного мозга, которая лежит в основе формирования энцефалопатии.

**А. Є. Дубенко**

## **РОЛЬ ПОРУШЕНЬ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ У РОЗВИТКУ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

При епілепсії виявлено пригнічення енергетичного обміну, яке проявляється зниженням інтенсивності окислювально-відновних процесів, пригніченням окислювального фосфорелювання, виснаженням запасів АТФ, активацією менш ефективних шляхів виробки енергії та активацією вільно-радикального окислювання, котре грає значну роль в патогенезі епілепсії. Багато з цих змін, особливо при їх значному розвитку, сприяють пошкодженню клітинних мембран та загибелі нейронів. Таким чином, порушення різних ланок енергетичного обміну лежать в основі формування енцефалопатії при тривалому захворюванні на епілепсію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2000. - № 1 (7). — С. 92-94).

*A E Dubenko*

## **THE ROLE OF ENERGY METABOLISM IN THE ONSET OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMC Ukraine

Thus, inhibition of energy exchange during epilepsy manifested by lowering the intensity of oxidation-reduction processes, inhibition of oxidative phosphorylation processes and depletion of ATP store, activation of less efficient ways of energy production play a major role in pathogenesis of epilepsy. As these processes are closely related with glutamate metabolism, they promote enhancement of CNS excitation processes. At the same time many of these changes, especially being significantly developed, promote death of neurons, the latter obviously being the basis for encephalopathy onset at prolonged epilepsy. Distortions of energy metabolism due to ATP store depletion, increased production of free radicals and resultant lesions of cell membranes lead to death of the brain neurons, the basis of encephalopathy onset. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2000. - № 1 (7). — С. 92-94).

Поступила в редакцію 25.05.1999г.

УДК 616.17-008.1-06:616.895.8-085

*О.В.Кубрак***НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН И ЕГО КОРРЕКЦИЯ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Ключевые слова: сексуальное здоровье, нарушение, шизофрения

Сексуальные расстройства у больных шизофренией привлекали внимание многих отечественных [1-5] и зарубежных исследователей [6, 7]. Однако их работы были посвящены изучению сексуальной дисфункции у больных мужчин, тогда как сексуальные нарушения у женщин, страдающих шизофренией, практически не освещены в литературе, так же как и сексуальная дисгармония супружеской пары при данном заболевании у жены. Не разработаны в связи с этим и достаточно эффективные методы коррекции нарушения сексуального здоровья при указанных условиях.

Нами было проведено комплексное обследование 50 супружеских пар, в которых жены страдали малопргредиентной шизофренией. Возраст больных и их мужей составлял от 20 до 40 лет. У всех больных отмечалась достаточная социальная адаптация. Заболевание проявлялось у женщин в виде субдепрессивного, обсессивного, ипохондрического, истероформного психопатологических синдромов.

Исследование проводили методом системно-структурного анализа сексуального здоровья, который дает возможность определить состояние всех его аспектов: биологического, социального, психологического и социально-психологического, и установить причины и патопластические факторы их нарушения [8].

Результаты анализа позволили выявить сочетанное нарушение компонентов и составляющих сексуального здоровья у всех обследованных женщин. Поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента имело место у всех больных вследствие их основного заболевания. Нейрогуморальная составляющая этого компонента была ослаблена более чем у половины (61±5%) больных вследствие ретардации сомато- и психосексуального развития в пубертатный период. У 27±3% женщин отмечалось преждевременное половое развитие и только у 12±3% оно было нормальным.

У мужей больных нейрогуморальная составляющая анатомо-физиологического компонента, как правило, была сохранна и лишь в единичных случаях отмечалось замедление темпа полового созревания. Изолированное поражение психической составляющей наблюдалось у 40±5% мужчин как следствие невротической реакции на заболевание супруги и сексуальную дисгармонию.

Социальный компонент сексуального здоровья оказался нарушенным у 79±7% больных и у 36±4% их мужей в результате недостаточной и неправильной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Нарушение психологического компонента, обусловленное наличием внутрличностного конфликта и характерологическими особенностями супругов, было отмечено у 60±5% больных и у 10±3% их мужей. У 60±5% супругов был ослаблен социально-психологический компонент из-за имеющегося у них межличностного конфликта.

Составление структурной решетки нарушения сексуального здоровья позволило установить ставшее непосредственной причиной дисгармонии стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента - у 23 (46±6%) больных (первая группа), информационно-оценочной составляющей социального компонента - у 14 (28±5%) супругов (вторая группа), и социально-психологического компонента - у 13 (26±5%) супругов (третья группа).

На основании полученных данных у первой группы больных была определена вторичная сексуальная дисфункция, развившаяся вследствие шизофрении, у женщин остальных двух групп - первичные формы сексуальной дезадаптации: соответственно сексуально-эротическая, обусловленная низким уровнем информированности в области психогигиены половой жизни, и коммуникативная, причиной которой стал межличностный конфликт супругов.

Несоответствие у супругов типов сексуаль-

ной мотивации, мотивов полового акта, неблагоприятное сочетание в паре психосексуальных типов мужчины и женщины, приводившее к сексуально-эротической дезадаптации супругов, способствовали возникновению сексуальной дисгармонии и усугубляли ее течение.

Причины и условия развития сексуальной дисгармонии супружеской пары при малопрогрессирующей форме шизофрении у жены, выявленные при системно-структурном анализе, диктуют необходимость дифференцированного подхода к диагностике и коррекции нарушения сексуального здоровья при данной патологии у женщин. Результаты проведенного нами исследования послужили основанием для разработки дифференцированной психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары, в которой жена страдает малопрогрессирующей шизофренией.

Разработанная система психотерапевтических мероприятий включала лечение основного заболевания женщин (в основном медикаментозное) и, после достижения устойчивой клинической компенсации, психотерапевтическую коррекцию сексуальной дисгармонии, проводившуюся в соответствии с ее формой, причинами, механизмами развития и проявлениями.

У женщин первой группы, у которых нарушение сексуальной функции было вызвано шизофренией, она, как правило, нормализовалась при достижении клинической компенсации этого заболевания. В тех случаях, когда у супругов этой группы отмечались другие дисгармонирующие факторы (дезинформация в области секса, недостаточная психологическая адаптация супругов и т.п.), им, как и остальным супружеским парам, проводилась соответствующая психотерапевтическая коррекция.

Главными задачами психотерапии были выработка у супругов новых установок и научение их формам сексуального поведения, соответствующим желаниям, возможностям и потребностям друг друга. То обстоятельство, что успешная коррекция сексуальной дисгармонии возможна только при участии в психотерапевтическом процессе обоих супругов, приобретает особое значение в семьях психически больных, поскольку, как известно, здоровый супруг оказывает большое влияние на психику больного. Это необходимо учитывать при работе с мужьями больных женщин.

Во второй группе супружеских пар, т.е. при сексуально-эротической форме дезадаптации, психотерапевтическая коррекция была направлена на повышение уровня осведомленности

супругов в вопросах психогигиены половой жизни, на переориентацию оценочных установок супругов с учетом особенностей их взаимной сексуальной адаптации, на выработку адекватных для каждого супруга форм сексуального поведения. Основными задачами были при этом расширение диапазона приемлемости супругов при проведении предварительного периода и оптимизация проведения самого полового акта, а также его заключительного периода. Эти задачи решались с помощью рациональной психотерапии, библиотерапии и сексуально-эротического тренинга.

Наблюдавшаяся в третьей группе супружеских пар коммуникативная форма сексуальной дезадаптации требовала психотерапевтических мероприятий, направленных на нивелирование негативных характерологических особенностей супругов, способствующих психологической и социально-психологической дезадаптации, на повышение взаимопонимания мужа и жены, снижение внутрисемейной напряженности, ликвидацию неадекватных форм реагирования. В психотерапевтических беседах с обоими супругами рассматривались приемлемые формы их общения и способы разрешения конфликтных ситуаций. Большое внимание мы уделяли оптимизации отношений супругов путем сближения их ценностных ориентаций, переключения на перспективную деятельность, расширения сферы интересов. С этой целью использовали рациональную психотерапию, групповую психотерапию, коммуникационный тренинг, ролевой психосексуальный и семейно-ролевой тренинг, личностно-реконструктивную психотерапию.

После окончания основного курса психотерапии всем супружеским парам проводилась также поддерживающая психотерапевтическая коррекция, задачами которой являлись закрепление созданной модели оптимального сексуального общения и предупреждение рецидивов дезадаптации. На этом, заключительном, этапе психотерапии проводились индивидуальные беседы с каждым из супругов и последующие совместные собеседования, в которых анализировались достигнутые результаты лечения, причины ухудшения, если оно возникало, и давались соответствующие рекомендации.

Разработанная система психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии при малопрогрессирующей шизофрении у женщин позволила достигнуть достаточно высокого и стойкого терапевтического эффекта у 34 (68±7%) супружеских пар.

*О.В.Кубрак*

## **ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЗА МАЛОПРОГРЕДІЄНТНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ЖІНОК ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

За допомогою системно-структурного аналізу сексуального здоров'я визначено причини, механізми та форми порушення сексуального здоров'я за малопрогредієнтної шизофренії у жінок. На основі обстеження 50 подружніх пар розроблено систему корекції сексуальної дисгармонії подружжя, що дає змогу досягти досить високого й стійкого терапевтичного ефекту, за цього захворювання у жінки. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 95-97)

*O.V.Kubrak*

## **DISORDERS OF SEXUAL HEALTH AT SMALL-PROGRESSIONAL SHIZOPHRENIA IN WOMAN AND ITS CORRECTION**

The Kharkov medical academy of postgraduation education

With the help of the system-structural analysis of sexual health causes, mechanisms and forms of disorders of sexual health at small-progressional schizophrenia in women are elucidated. On the basis of examining 50 married couples the system of correction of sexual disharmony of spouses are worked out, which allows to reach quite high and steady therapeutic effect at the pathology in women. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 95-97)

### *Литература*

1. Воловик В.М., Днепровская С.В., Вайзе Х. Психотерапия и социальная терапия в восстановительном лечении и реабилитации психически больных // Клини. и орг. основы реабилитации психически больных. - М., 1980. —С. 340-360.
2. Котов В.А. Сексуальная дисгармония супружеской пары при малопродвинутой шизофрении у мужчин // Сексология и андрология. - Киев. - 1994. - Вып. 2. - С. 66-70.
3. Стрельцова Н.И., Кувшинов Б.А., Гусова А.Б. Психогигиена и психопрофилактика брачных и семейных отношений больных шизофренией как факторы повышения их реабилитации // Соц.-психол. и мед. аспекты брака и семьи: Тез. докл. III обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. - Харьков, 1987. - С. 251-254.
4. Попов И.А. К характеристике сексуальных расстройств у больных шизофренией // Шизофрения (клиника, патогенез, терапия). - Караганда, 1971. - С. 61-63.
5. Посвянский П.Б. Сексуальные нарушения в клинике, дифференциальной диагностике и психопатологии шизофрении // Пробл. совр. сексопатологии. - М., 1972. - С. 296-322.
6. Wagner G., Greem R. Impotence. - New York, 1981.- 182 p.
7. Sexuologie. In 3 Banden. Bd I. von Hesse P.G. et al.- Leipzig, 1974.- 584 S.
8. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Том II. Клиническая сексология, часть I. Общая сексопатология. - Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. - 272 с.

Поступила в редакцию 28.11.2000г.

УДК 61:159.9.:796.01

*Е.Е.Дорофеева***ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СПОРТМЕНОВ ВЫСОКОГО КЛАССА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: спортсмены, типологическая направленность, реактивная и личностная тревожность

Значительные физические нагрузки являются стрессовым фактором и предъявляют определенные требования к организму спортсмена [2,5]. Достижение высоких спортивных результатов возможно у лиц, имеющих достаточную устойчивость высшей нервной деятельности к физическим и

эмоциональным стрессам [3,4]. Поэтому изучение и оценка психологической устойчивости спортсменов к усложняющимся и усиливающимся по объему нагрузкам позволит совершенствовать тренировочную программу и своевременно выявить срыв адаптационных механизмов [6].

**Материал и методы исследования**

У 80 пловцов высокого класса из которых 50 были мастерами спорта (МС) и мастерами спорта международного класса (МСМК), а 30 - перворазрядниками и кандидатами в мастера спорта (КМС), в возрасте от 14 до 20 лет, изучали типологическую направленность высшей нервной деятельности (по опроснику Айзенка) и реактивную и личностную тревожность (по опроснику Спилберга) методом компьютерной психодиагностики [1]. Психофизиологическое состояние обследуемых определяли методом хронорефлексометрии с помощью прибора «Диагноз-3М». Этот метод позволял определить скорость переработки информации (СПИ). При этом испытуемого усаживали за

пульт, на котором в случайной последовательности высвечивалось не менее 500 кнопок-раздражителей. Задача заключалась в том, чтобы как можно быстрее погасить их путем нажатия. СПИ изучали в разные тренировочные периоды (преднагрузочный, нагрузочный, предстартовый).

18 спортсменов с высоким уровнем личностной и реактивной тревожности в предстартовом периоде получали препарат «Гептрал» по 1 таблетке 2 раза в день и препарат «Магне В6» по 1 питьевой ампуле 2 раза в день в течении 10 дней. Контрольной группой были 14 спортсменов с высоким уровнем личностной и реактивной тревожности, не получавших препараты.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Среди обследованных пловцов преобладали сангвиники (65,7%), холериков было 20,0%, меланхоликов — 14,3%. Ни один пловец не был флегматиком, что вероятно связано с тем, что спортсменами высокого класса могут стать лица с определенным типом высшей нервной деятельности. Холерики и сангвиники являлись экстравертами, а меланхолики — интравертами. Тип высшей нервной деятельности влиял на спортивное мастерство и был одним из определяющих моментов в дальнейшей спортивной судьбе пловцов. Это видимо связано с тем, что типологическая направленность высшей нервной деятельности не меняется в процессе онтогенеза.

Наиболее высоких результатов достигали

пловцы-сангвиники. Так, сангвиников среди перворазрядников было 50,0%, КМС — 66,7%, МС и МСМК 68,0% ( $p < 0,5$ ). Среди меланхоликов чаще встречались перворазрядники (50,0%), а МС и МСМК было 20,0% ( $p < 0,05$ ). Холерики среди МС и МСМК составляли только 12,0%, а среди КМС — 33,3% ( $p < 0,05$ ).

Спортивная специализация, которая определялась наилучшими результатами на определенных дистанциях, также зависела от типа высшей нервной деятельности. Спринтерами чаще становились спортсмены с холерической и сангвинической направленностью высшей нервной деятельности, а стайерами — меланхолики. Лиц с холерическим типом высшей нервной деятельности среди стайеров не было. Среди пловцов

на средние дистанции преобладали сангвиники.

Таким образом, типологическая направленность высшей нервной деятельности влияет на адаптацию к значительным физическим нагрузкам, что отражалось на спортивном мастерстве и спортивной специализации пловцов. Уровень реактивной и личностной тревожности у спортсменов высокого класса был разным. В основном среди обследованных были пловцы со средним уровнем реактивной тревожности (80,0%). С высоким уровнем было 20,0%, а низкой реактивной тревожности не было ни у одного спортсмена. Показатели личностной тревожности были аналогичными: пловцов с низким уровнем личностной тревожности выявлено 2,9%, со средним уровнем — 57,1% и с высоким уровнем — 40,0%.

Преобладание спортсменов со средним уровнем реактивной и личностной тревожности свидетельствует о достаточной устойчивости высшей нервной деятельности. Хотя средний уровень реактивной тревожности преобладал у всех обследованных пловцов, у лиц до 17 лет чаще встречался высокий уровень реактивной тревожности. Так, высокий уровень реактивной тревожности у пловцов до 17 лет выявлен в 27,8%, а у спортсменов 17-19 лет — 7,7% ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о большей возрастной лабильности высшей нервной деятельности у более юных спортсменов. В тоже время на уровень личностной тревожности возраст достоверно не влиял. Разные уровни реактивной и личностной тревожности тесно коррелировали с динамикой спортивных результатов. Спортсмены с ухудшающимися спортивными результатами имели высокий уровень реактивной и личностной тревожности.

Так, высокий уровень реактивной тревожности у прогрессирующих пловцов выявлен в 11,2%, у пловцов со стабильными результатами — в 28,6%, а у пловцов ухудшающих результаты — в 100,0% ( $p < 0,05$ ). Средний уровень реактивной и личностной тревожности преобладал у прогрессирующих пловцов (88,8% и 59,3% соответственно  $p < 0,05$ ). Высокий уровень реактивной и личностной тревожности может быть показателем напряжения адаптационных механизмов к значительным физическим нагрузкам и критерием для прогнозирования отрицательной динамики спортивных результатов.

Эффективность курса терапии среди спортсменов с высоким уровнем личностной и реактивной тревожности изучали по проценту лиц улучшивших спортивные результаты. Среди спортсменов, получавших препараты,

27,8% улучшили результаты, 66,7% повторили свои результаты и 5,5% — ухудшили. В контрольной группе улучшивших результаты было 14,2%, ухудшивших — 42,8% и показавших те же результаты — 42,8% ( $p < 0,05$ ). Таким образом, применение препаратов «Гептрал» и «Магне В6» целесообразно в период максимального напряжения психической адаптации.

Типологическая направленность высшей нервной деятельности в определенной степени влияла на уровень реактивной и личностной тревожности. Высокий уровень реактивной тревожности чаще развивался у холериков (40,0%  $p < 0,2$ ), а высокий уровень личностной тревожности — у меланхоликов (66,7%  $p < 0,05$ ). Скорость переработки информации у спортсменов высокого класса была выше, чем у физкультурников ( $7,83 \pm 0,20$  бит/сек и  $6,99 \pm 0,07$  бит/сек соответственно  $p < 0,05$ ), и зависела от динамики спортивного мастерства, результатов и типа высшей нервной деятельности. Наиболее высокая СПИ в преднагрузочном периоде была у прогрессирующих пловцов и пловцов со стабильными результатами ( $7,73 \pm 0,28$  бит/сек и  $7,95 \pm 0,39$  бит/сек соответственно). В нагрузочном и предстартовом периодах СПИ у этих спортсменов увеличивалась. Так, в нагрузочном периоде у прогрессирующих спортсменов СПИ  $8,34 \pm 0,22$  бит/сек ( $p < 0,05$ ) и в предстартовом периоде  $8,23 \pm 0,48$  бит/сек ( $p < 0,2$ ). В то же время у пловцов, ухудшающих результаты, СПИ в преднагрузочном периоде была самой низкой ( $7,53 \pm 0,19$  бит/сек) и от преднагрузочного к предстартовому периоду уменьшалась ( $7,30 \pm 0,21$  бит/сек и  $7,02 \pm 0,20$  бит/сек соответственно  $p < 0,05$ ). Среди КМС, МС и МСМК скорость переработки информации была выше, чем среди перворазрядников ( $7,90 \pm 0,41$  бит/сек,  $5,53 \pm 0,39$  бит/сек соответственно).

СПИ достоверно зависела от типа высшей нервной деятельности. У меланхоликов, независимо от тренировочного периода, СПИ была достоверно меньше, чем у сангвиников и холериков. Так, в предстартовом периоде СПИ у меланхоликов  $7,02 \pm 0,33$  бит/сек, у сангвиников  $8,05 \pm 0,27$  бит/сек и у холериков  $8,67 \pm 0,20$  бит/сек ( $p < 0,05$ ). У всех спортсменов с разными типами личности СПИ увеличивалась от преднагрузочного к предстартовому периоду. При этом у холериков это увеличение было достоверно ( $7,14 \pm 0,44$  бит/сек в нагрузочном периоде и  $8,67 \pm 0,20$  бит/сек в предстартовом периоде  $p < 0,05$ ).

## Выводы

Таким образом, типологическая направленность высшей нервной деятельности влияла на спортивное мастерство, динамику спортивных результатов и спортивную специализацию. Наиболее высоких результатов достигали спортсмены, имеющие сангвинический тип высшей нервной деятельности. При этом спринтерами чаще становились холерики и сангвиники, стайерами — меланхолики.

Уровни реактивной и личностной тревожности также оказывали влияние на мастерство пловцов и динамику спортивных результатов. Среди спортсменов преобладали пловцы со средним

уровнем реактивной и личностной тревожности. Но у спортсменов до 17 лет и ухудшающих результаты чаще отмечался высокий уровень реактивной и личностной тревожности. Применение адекватной терапии позволило корректировать эти изменения. Скорость переработки информации коррелировала с динамикой спортивных результатов и зависела от типа высшей нервной деятельности. Среди пловцов, ухудшающих результаты, СПИ была самой низкой и от преднагрузочного к предстартовому периоду уменьшалась, у меланхоликов она была ниже, чем у сангвиников и холериков.

*О.Е.Дорофеева*

## ПСИХОЛОГИЧНА СТІЙКІСТЬ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОГО РІВНЯ

Донецький державний медичний університет

У 80 плавців високого рівня від першорядників до майстрів спорту міжнародного рівня вивчали типологічне направлення вищої нервової діяльності та швидкість переробки інформації (ШПІ). Найбільш високі результати досягали спортсмени з сангвинічним типом вищої нервової діяльності та з середнім рівнем реактивної та особистої тривожності. Але у спортсменів до 17 років і у знижуючих спортивні результати частіше виявляли високий рівень реактивної та особистої тривожності. Застосування адекватної терапії дозволило корелювати ці зміни. Серед плавців з погіршуваними результатами ШПІ була самою низькою і від переднавантаженого до предстартового періоду зменшувалась. У меланхоліків ШПІ була нижче, ніж у сангвиніків та холеріків. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 98-100)

*Е.Е.Dorofeyeva*

## PHSYCOLOGICAL STABILITY OF TOP CLASS SPORTSMEN

Donetsk State Medical University

Typological trend of high nervous activity, reactive and personal nervousness and speed of information processing- in dynamics were studied at 80 top swimmers from the 1st class sportsmen to masters of sports of international class. The best results were obtained by the sportsmen with sanguinio type of high nervous activity with an average level of reactive and personal nervousness. Among swimmers with low results the speed of information processing was the lowest and was decreasing from the moment of preloading period till prestart period. At melancholies the speed of information processing was less comparing to that of sanguinics and cholericis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 98-100)

## Литература

- 1.Дюк В.А. Психодиагностические тесты . – Санкт-Петербург, 1994. – 205 с.
- 2.Козак К.Б. Особенности системных взаимосвязей в организме высококвалифицированных спортсменов/ Сб.н.трудов «Физическая культура, спорт и здоровье нации». - Л.; ЛНИИФК, 1996. - С. 124-125.
- 3.Лукина Г.А. Психическая подготовленность в годичном тренировочном цикле у спортсменов циклических видов спорта // Теория и практика физической культуры, 1993. - N 4. - С. 18.

- 4.Лукоянов В.В. Основные аспекты синтеза психофизической подготовки в спорте высших достижений // Теория и практика физической культуры, 1996. - N 6. - С. 62.
- 5.Фомин В.С. Проблемы измерения здоровья на основе учета развития адаптационных свойств организма // Теория и практика физической культуры, 1996. - N 7. - С. 18-23.
- 6.Яковлев Б.П., Богданова С.В. Психическая нагрузка в спортивной деятельности // Теория и практика физической культуры, 1996.N 2. - С. 39-40.

Поступила в редакцию 20.01.2000г.

УДК 616.89-008.441.:616.314-089.23

*В.А. Клёмин, В.Е. Жданов, Т.Л. Озерова***СОСТОЯНИЕ РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ СНЯТИИ АНАТОМИЧЕСКИХ ОТТИСКОВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: реактивная тревожность, ортопедическая стоматология

Психологические исследования в стоматологии, особенно для ортопедических пациентов, стали проводиться сравнительно недавно [1,5,10,11].

Для оценки психологического состояния пациента используются различные опросники и интервью [10]. Так, состояние тревоги у стоматологических пациентов измерялось с помощью опросника Спилбергера (Spielberger State Anxiety Inventori – STAI), оценивающего тревогу, переживаемую респондентами на момент заполнения опросника. Используя данный опросник, контролировали возможность снижения страха перед стоматологическим вмешательством. Это позволило выявить снижение тревоги путём информирования пациентов о тех ощущениях, которых им следует ожидать во время и после стоматологического вмешательства [8].

Проведенные психологические исследования в стоматологии позволили определить:

- распространённость стоматофобии [5,6];
- стабильность страха перед стоматологическим лечением [7];
- чего именно боятся стоматологические пациенты [2,13];

- ожидания и реальный опыт стоматологического лечения [3,4,13];
- факторы, влияющие на стабильность ожидаемой боли [9];
- снижение тревоги перед лечением [3,7];
- причины страха перед стоматологическим вмешательством [13,14];
- дистрессирующие переживания появляющиеся в ходе лечения и управление ими [14].

Управление широким спектром дистрессирующих переживаний при зубопротезировании требует психологических исследований на всех основных клинических этапах. Определение этого состояния до и после проведения манипуляции при возможности применения альтернативных методов оказания медицинской помощи позволяет выбрать необходимую, исходя из характера и степени выраженности нервно-психического состояния больных.

Цель настоящего исследования - определить состояние реактивной тревожности у пациентов при снятии оттисков различной протяженности (полный и частичный с одной челюсти, а также окклюзионных). Это позволило уточнить рекомендации по их применению у пациентов.

**Материал и методика исследования**

Оценку реактивной тревожности пациентов проводили по анкете “Шкала самооценки” (Спилбергера) (цит. 7). Анкета включает 20 позиций (тестов). Пациент читает каждый тест и зачёркивает соответствующую цифру справа (балл) в зависимости от того, как он себя чувствует в данный момент. Над вопросами рекомендуется долго не задумываться, поскольку правильных или не правильных ответов нет. Пациент заполнял 2 анкеты – непосредственно за 10-15 минут до снятия оттиска и спустя 10-15 минут после его получения.

Исследование состояния реактивной тревожности проведено у 61 пациента в возрасте 35-47

лет, имеющих дефект зубных рядов средней протяженности. Для восстановления целостности зубного ряда у них планируется изготовление съёмных конструкций. Препарирование зубов при этом не проводилось. Об этом пациенты были проинформированы при первом посещении за 1-3 дня до снятия оттиска. У каждого из них снимался один из видов оттиска. Снятие оттисков проводилось альгинатным материалом “Стомальгин”.

Расшифровка состояния (статуса) реактивной тревожности проводилась с учетом набранных баллов: до 30 баллов – низкотревожный, 31-45 – умеренная тревожность и 46 и выше – высотревожный.

## Полученные результаты и их обсуждение

Анализ статуса реактивной тревожности у пациентов при проведении ортопедических мероприятий выявил существенное их различие.

До снятия оттисков у 45 пациентов (73,8%) отмечена низкая тревожность и у 16 больных (26,2%) умеренная тревожность. Средний балл составил  $27,1 \pm 5,74$ . В зависимости от вида оттисков было выделено 3 группы больных:

I группа – 20 пациентов, из них у 5 (25%) отмечена умеренная тревожность и у 15 (75%) низкая тревожность (снимались полные анатомические оттиски);

II группа – 21 пациент, из которых у 6 (28,6%) была отмечена умеренная тревожность и у 15 (71,4%) низкая тревожность (получали частичные анатомические оттиски);

III группа – 20 пациентов (снимался окклюзионный оттиск) - у 5 (25%) умеренная и у 15 (75%) низкая тревожность.

После снятия оттисков во всех группах выявлено повышение тревожности. Средний балл статуса реактивной тревожности составил  $-39,4 \pm 7,13$  балла.

В случае снятия полного анатомического оттиска отмечено наибольшее повышение тревожности у пациентов. Средний балл в I группе повысился и составил  $-45,2 \pm 9,18$  ( $p < 0,01$ ). Низкая тревожность отмечена только у 5 пациентов (25%), умеренная – у 7 (35%) и высокая – у 8 (40%).

При получении частичных оттисков балл-статус увеличился и составил  $35,3 \pm 5,29$  ( $p < 0,01$ ). Высокая тревожность возникла только у 2 пациентов (9,5%), у 10 (47,6%) отмечена умеренная

и у 9 (42,8%) низкая тревожность.

Снятие окклюзионного оттиска также сопровождалось повышением тревожности. Средний балл составил  $-37,7 \pm 9,48$  ( $p < 0,05$ ). Высокая тревожность в III группе не выявлена. Низкая тревожность выявлена у 9 пациентов (45%) и у 11 (55%) – умеренная тревожность.

Таким образом, установлено, что снятие анатомических оттисков относится к группе врачебных манипуляций, приводящих к повышению реактивной тревожности пациентов. Следовательно, в зависимости от состояния пациента, которому изготавливаются зубные протезы, целесообразно проводить соответствующую психоэмоциональную подготовку.

Выявленное повышение тревожности у пациентов при снятии анатомических оттисков обусловлено, по видимому, тем, что ведущим симптомом стоматофобии является доминирование отрицательной мотивации, определяющее поведение пациента, независимо от целесообразности, осознаваемой им самим. При снятии полных оттисков данное состояние усугубляется наиболее значительно, по сравнению с остальными.

Учитывая, что применение частичных анатомических оттисков с одной челюсти имеет технологические ограничения – используя их нельзя изготовить съемные пластиночные и бюгельные протезы, а также возникают проблемы и при изготовлении несъемных конструкций, использование окклюзионных оттисков следует признать приоритетным.

*В.А. Кльомін, В.Є. Жданов, Т.Л. Озерова*

### СТАН РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЗНІМАННІ АНАТОМІЧНИХ ВІДБИТКІВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Проведені порівняльні дослідження стану реактивної тривожності у пацієнтів при зніманні анатомічних відбитків дозволили визначити, що дана лікарська маніпуляція відноситься до групи спричиняючих підвищення реактивної тривожності. В залежності від стану пацієнта, якому виготовляються штучні протези, доцільно проводити відповідну психоемоційну підготовку. Враховуючи зміни реактивної тривожності та технічні обмеження, застосування оклюзійних відбитків слід зазначити пріоритетним у практиці ортопедичної стоматології. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 101-103)

## THE STATE OF REACTIVE ANXIETY IN PATIENTS IN TAKING ANATOMICAL IMPRINTS

Donetsk state medical university named after M. Gorki, Ukraine

The conducted comparative investigations of reactive anxiety in patients while taking anatomical imprints showed that the given manipulation belonged to the group of those causing an increased reactive anxiety. Depending on the patient, for whom dental prosthesis are made, it is advisable to carry out corresponding psychoemotional preparation. Considering changes in reactive anxiety and technical limitations the use of occlusive imprints should be given priority in practical orthopedic dentistry. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 101-103)

### *Литература*

1. Бизяев А.Ф., Лепилин А.В., Иванов С.Ю. Премедикация в условиях стоматологической поликлиники. Изд-во Саратовского университета 1992. -142 с.
2. Василюк Ф.Е. Психотерапевтическое облегчение зубной боли. Московский психотерапевтический журнал.- №1.- 1997. - с.142-147.
3. Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Панин А.М. Клинико – функциональное обоснование премедикации при стоматологических вмешательствах: Методическое пособие для врачей интернов, ординаторов, хирургов-стоматологов. - М., 1997. – 28 с.
4. Arntz A., van Eck M., Heijman s M. Predictions of dental pain: the fear of any expected evil is worse than the evil itself. Behaviour Reseach and Therapy. - 1990. – Vol. 28. – №1. - P. 29-41.
5. Corah N.L. Developemen of a dental anxiety scale. J. of Dental Research/ - 1969. – Vol.48. - №5. – P. 596
6. Green R.M., Green A. Adult atlitudes to dentistry among dental attenders in South Wales. British dental journal. - 1985. - №2. - P.157-160.
7. Jakson C.P. Preterences for, and effects of preparatory information in dental patients. London: University of London, Ph D Thesis. – 1993. - 510 p.
8. Jakson C.P., Lindsay S.J.E. Redusing anxiety in new dental patients by means of Leaflets. British Detntal Jornal. – 1995. – Vol.79. - №1. – P.163-167.
9. Kent G. Memory of dental pain. Pain. – 1985. - Vol. 21. - №2. – P.187-194.
10. Kleinknecht R.A., Klepac R.K., Alexander L.D. Origins and caracteristics of dental fear. Journal of the American Dental Association. – 1973. - Vol.86. - №9. – P.842-848.
11. Lautch H. Dental phobia. British Journal of Psychiatry. – 1971. - Vol.19. - №2. – P.151-158.
12. Lindsay S.J.E. The fear of dental tretment: a critical and theoretical analysis. In : S. Rachman (E d.). Contributions to Medical Psychology III Oxford: Pergamon Press. - 1984. - 200 p.
13. Lindsay S., Jakson C. Four of routine dental tretment in adukts: Its nature and management Psychology and management Psychology and Health. – 1993. - Vol.32. - №8. – P.135-154.
14. Moore R. Brodsgaard. Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self – referend population Behaviourn Research and Terapy. – 1991. - Vol. 27. - № 1.-P. 51-60.

Поступила в редакцию 2.07.200

УДК 616.45-001.1/3-053.4/3:159.96

*Ю.С. Бучок***ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СТРЕС В ЗВ'ЯЗКУ З КАТАСТРОФІЧНОЮ ПОВІННЮ У ЗАКАРПАТТІ В 1998 РОЦІ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: діти, батьки, катастрофа, стрес, розлади

Проблема посттравматичних стресових розладів (PTSD) набула в останні роки в Україні дуже великої актуальності. Це пов'язано з патогенним впливом на населення нашої країни кількох катастрофічних подій світового масштабу: Чорнобильської катастрофи 1986 року, Чернівецької екологічної катастрофи початку 90-х років, екологічної катастрофи у Первомайському районі Миколаївської області у 2000 році і інших. На жаль, ризик виникнення антропогенних або природних катастроф, наслідки яких негативно впливають на великі групи населення, і, насамперед, – на дітей [1-5], зберігається і на майбутнє. Відповідно, пошук і вивчення чинників, які можуть супроводжувати, посилювати або зменшувати хворобливу, в тому числі і психотравмуючу дію на дитину вищезгаданих фізико-хімічних факторів, є нагальною потребою суспільства в цілому і лікарів – зокрема.

Відомо, що в дитячому віці психологічне сприйняття людиною значущості тієї або іншої надзвичайної події в великій мірі залежить від реакції на неї і її наслідки оточуючих дорослих і, перш за все, батьків. Однією із таких надзвичайних подій стала катастрофічна повінь на Закарпатті у листопаді 1998 року, яка мала руйнівний характер, призвела до багатьох негативних соціально-економічних наслідків, в тому числі – до погіршення деяких показників здоров'я населення. Про незадовільний стан психоневрологічного здоров'я дітей із різних районів Закарпаття, які постраждали від цієї повені, ми вже повідомляли в попередніх публікаціях [3,4].

Метою цього дослідження стало вивчення зв'язку між об'єктивним характером психопатологічних проявів у постраждалих дітей і суб'єктивною оцінкою стану їх психічного здоров'я батьками.

**Матеріал та методи дослідження**

Досліджено 43 дитини із 18 родин Хустського району Закарпатської області, які потерпіли від наслідків повені і мали відхилення у показниках психічного здоров'я. Використовувались анамнестичний, клініко-психопатологічний і патофизиоло-

гічний методи. Протягом 1998-2000рр. за допомогою адаптованих шкал Раттера, а також з співбесід з батьками вивчалися особливості їх поведінки під час і після повені і характер їх сприйняття стану психічного здоров'я своїх дітей.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Аналіз анамнестичних даних показав, що 38% обстежених родин були неповні, як правило, в них не було батька. У 72% родин роботу мав тільки один з батьків. Переважна більшість родин (83%) виховувала двох дітей, а у 17% обстежених родин було 3, 4 і навіть 6 дітей. У більшості родин (61%) обидва або один із батьків мали середню освіту. По 11% складала родини, де обидва або один із батьків мали вищу або неповну середню освіту. А у 16,6% родин батьки мали середню спеціальну освіту. У більшості родин

(66,6%) психічні розлади в анамнезі були відсутні. В одному випадку (6%) в родині один із батьків хворів на епілепсію, а в трьох випадках (16,6%) – на алкогольну залежність.

Вік дітей в обстежених родинах коливався від 4 до 13 років, однак переважну вікову групу складали діти у віці від 6 до 10 років (53%). Серед них на час обстеження під наглядом дитячих невролога або психіатра перебувало 6 дітей (14%): 4 – з приводу затримки психічного розвитку (9,3%), по 1 – в зв'язку з нічним енурезом (2,3%)

і спокійним (2,3%).

Майже у 42% родинне виховання обстежених дітей мало несприятливий характер. Так, 3 дітей (7%) росли в умовах бездоглядності, 10 (23,7%) – гіпоопікування; 2 (4,7%) – гіперопікування; 3 (7%) – емоційної депривації в чужих родинах. Нами було також відмічено, що протягом не менш 6 місяців після катастрофічної повені батьки практично із всіх родин різко знизили рівень своєї уваги і вимогливості до дітей, особливо щодо успішності їх навчання у школі і виконання домашніх обов'язків. Причому, була простежена деяка залежність між тривалістю і ступенем проявів такого відношення батьків до дітей і характером впливу на добробут родини повені. Чим важче були наслідки останньої, тим виразніше і довше були зміни у уважності і вимогливості батьків до своїх дітей.

Згідно з особливостями впливу повені на добробут родин їх безпосередні психотравмуючі наслідки були слідуєчими: 1. Короткочасні і нестійкі: повинь тільки загрожувала затопити дім, але цього не сталося (61,2%); 2. Тривалі і стійкі: підвалини дому, надвірних будівель були затоплені, свійська птиця, худоба, зимові запаси харчів і таке ін. сильно постраждали (22,2%); 3. Постійний: родина залишилася на зиму без дому і харчів, все було зруйновано і зіпсовано (16,6%).

Не аналізуючи детально стан психічного здоров'я дітей, родини яких постраждали від повені 1998 року, що було зроблено раніше [3,4] основна увага дослідження приділялася вивченню зв'язку між формуванням психічних розладів у дітей і поведінкою батьків: відношенням останніх до стану здоров'я своїх дітей, оцінка батьками змін психічного стану дітей та його трансформації в часі; аналізу впливу сімейного оточення на виникнення та (або) редукцію психічних розладів дітей в період стресового навантаження та після нього. В той же час, слід зауважити, що у всіх 43 дітей, які були включені в наше дослідження, були різного ступеня важкості психогенні психічні несприятливі розлади, 30% яких мали

риса PTSD.

Згідно з результатами нашого дослідження в більшості випадків (90,7%) має місце пряма корелятивна залежність оцінки стресової ситуації дорослими і дітьми в сім'ї. Чим більше була паніка в зв'язку з повен'ю серед дорослих, тим гірше і емоційніше сприймали її наслідки діти. Також відмічена паралельність редукції психотравмуючих спогадів катастрофи серед дорослих і дітей (72%). Наші данні засвідчують, що як правило (67,4%), існує пряма залежність між інтенсивністю внутрішньосімейного психотравмуючого фону та формуванням у дітей поведінкових і емоційних розладів та інтелектуальної виснажливості.

Крім того, дослідження показало, що причиною виникнення та формування у дітей психічних розладів внаслідок стресової ситуації є не стільки рівень проявів останньої і наявність у них фонового резидуально-органічного ураження ЦНС (мінімальна мозкова дисфункція), скільки мікросоціальна занедбаність дитини та несприятливі педагогічні методи, що застосовуються до неї у родині. Ступінь психологічної декомпенсації дітей, що перенесли стресове навантаження під час повені, в більшій мірі залежить від психологічної індукції з боку батьків (72,0%), ніж від безпосередньої особистісної оцінки ситуацій (28,0%). Причому остання була більш значуща для дорослих дітей (11-13 років). Неадекватне сприйняття батьками психічного стану дітей під час і після повені, нехтування рекомендаціями лікарів та педагогів, негативізм до проведення реабілітаційних заходів призвело до виникнення у деяких дітей (30%) досить стійких психогенних психічних розладів у вигляді PTSD.

Слід відмітити, що залученість сімей до громадських або релігійних об'єднань, інтенсивність родинних контактів під час і після повені сприяли скорішому відновленню психологічної рівноваги дітей, покращанню стану загального і їх психічного здоров'я.

## Висновки

1. Домінуючим фактором формування або профілактики психогенних психічних розладів у дітей, що перенесли катастрофічну повені 1998 року, є психологічна реакція дорослих, їх поведінка в екстремальній ситуації, адекватна оцінка батьками стану дітей та вплив мікросоціального оточення (включаючи педагогічний фактор) на виникнення у дитини психопа-

тологічного симптомокомплексу в рамках PTSD.

2. Стан психічної напруженості у дітей, що перенесли стрес в зв'язку з катастрофічною повенню знижується по мірі відновлення психологічного та емоційного комфорту в сім'ї.

3. Партнерські відношення в сім'ї з метою подолання кризової ситуації сприяють більш лег-

кому позбавленню дітьми її хворобливих наслідків.

4. Діти, які перенесли психотравмуючий вплив

катастрофічної повені, повинні бути виділені у окремому “групу ризику” по PTSD з послідуючими адекватними реабілітаційними заходами.

*Ю.С. Бучок*

**ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РОДИТЕЛЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ СТРЕСС В СВЯЗИ С КАТАСТРОФИЧЕСКИМ НАВОДНЕНИЕМ В ЗАКАРПАТЬЕ В 1998 ГОДУ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Отмечено, что появление психических расстройств у детей, переживших сильный стресс в связи с катастрофическим наводнением, в большой степени связано с особенностями реагирования на него их родителей. Чем спокойнее вели во время наводнения и после него родители, тем реже развивались у их детей ПТСР (PTSD). (Журнал психиатрии та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 104-106)

*Ju.S. Buchok*

**PECULIARITIES OF PARENTES' PERCEPTIONS OF THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN THAT HAVE BORE THE CATASTROPHIC INUNDATION IN ZAKARPATIE IN 1998**

Institute of Neurology, Psychiatry & Narcology AMS of Ukraine

It was noted that the appearance of the mental disorders in children that have stood the catastrophic inundation depends on the peculiarities of parents reaction on it. The quieter was parents conduct in and after the inundation, the rarer PTSD were forming in their children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 104-106)

*Література*

1. Подкорытов В.С., Филык В.С., Малышко Л.Н. и др. Состояние психического и неврологического здоровья детского населения в некоторых регионах Украины после аварии на Чернобыльской АЭС // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – М., 1994. - №4. – С. 65-67.

2. Підкоритов В.С. Стан психічного та неврологічного здоров'я дітей, що мешкають у різних регіонах України // Журнал «Український вісник психоневрології». – т.6. – Вип. 1(16). – Харків, 1998. – С. 53-56.

3. Подкорытов В.С., Мишанова М.К., Бучок Ю.С., Лукьянцева О.Ю. Психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Журнал «Український медичний часопис». – К.

- №4 (18) – VII/VIII, 2000. – С. 125-129.

4. Подкорытов В.С., Мишанова М.К., Бучок Ю.С., Лукьянцева О.Ю. Особенности посттравматического стрессового расстройства (PTSD) у детей, перенесших стресс в связи с катастрофическим наводнением в Закарпатской области // Матеріали науково-практичної конференції “Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей-інвалідів”. – Харків, 2000. – С. 140-142.

5. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств // Международный медицинский журнал. – т.6. - №3. – Харьков, 2000. – С. 31-34.

Поступила в редакцию 11.12.2000г.

## НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК : 616.893-053.8 + 616.899.65]-02

*С.Б. Арбузова, Б.Б. Ивнев***БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА И СИНДРОМ ДАУНА. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, синдром Дауна, патогенез, геном

Синдром Дауна (СД) – одно из наиболее распространенных заболеваний хромосомной этиологии. В 95% случаев СД обусловлен регулярной трисомией хромосомы 21 в результате нерасхождения этой хромосомы в процессе мейоза одного из родителей. В подавляющем большинстве случаев дополнительная хромосома 21 имеет материнское происхождение. СД представляет особый интерес в связи со сходством с болезнью Альцгеймера (БА) в виде проявляющихся в зрелом возрасте (30 – 35 лет) нейроморфологических изменений – наличие сенильных бляшек, нейрофибриллярных изменений альцгеймеровского типа. Существует мнение, что СД является врожденной формой БА, а оба эти патологических процесса развиваются в условиях генетического предрасположения [1]. Причины связи этих двух хорошо известных и широко распространенных заболеваний не известны, что послужило основанием обобщить имеющиеся сведения по этому вопросу.

Многочисленно описана схожесть нейроморфологических и гистологических изменений мозга, характерных для этих двух патологий. Общими являются атрофия серого и белого вещества, резкое уменьшение общей массы головного мозга и числа нейронов, наличие в них нейрофибриллярных клубков и амилоидных бляшек, разрастание глии. Преимущественно, как при СД так и при БА, деструктивные процессы затрагивают лобные, теменные и височные зоны коры больших полушарий мозга, миндалевидный комплекс и базальное ядро Мейнерта [2,3], гиппокамп [4].

Обращает на себя внимание и схожесть некоторых клинических проявлений. Характерными для СД и БА являются особенности развития изменений мнестико-интеллектуальных функций - резкое снижение способностей к сравнению, обобщению, трудности запоминания точной, особенно цифровой, информации, трудности в приобретении мануальных навыков, нарушение речи, различных компонентов функций праксиса, гнозиса, пространственно-конструктивной деятельности [5].

Нейропатология альцгеймеровского типа обнаруживается у 100% больных с СД по данным различных авторов к 30-35 годам [6]. Если раньше считалось, что деменция не обязательно развивается у всех больных с СД, то исследования последних лет показали, что деменция при СД неизбежна, но может проявляться гораздо позже первых нейроморфологических изменений мозга. Так, амилоидные бляшки были обнаружены в ряде случаев при СД даже в младенческом возра-

сте [7], а иммуногистохимический анализ нейрофибриллярных клубочков при СД показал, что они идентичны таковым при БА. Ультраструктурно, парный филамент был составлен из прямых нитей и двух профилей соединенных спиральных нитей. Оба профиля парных филаментов наблюдались при СД и БА, что, вероятно, свидетельствует об этиопатогенетической общности СД и БА. Но некоторые различия в структуре парных нейрофиламентов между СД и БА могут отражать молекулярные изменения в белках и пептидах, связанных с формированием парных нейрофиламентов [8].

Достаточно похожи и изменения в мозге, обнаруженные при помощи ядерно-магнитного резонанса у пациентов с СД и деменцией. У этих пациентов выявлено снижение объемов левого гиппокампа и миндаины, возрастание объема бокового желудочка в то время как пациенты с СД но без деменции имели атрофию височной доли и увеличенный третий желудочек мозга [9].

Общими для этих больных является и повышенная подверженность инфекциям, высокий риск злокачественных заболеваний, особенно лейкемией. Установлена генетическая предрасположенность к развитию лейкемии и патологического миелопоэза при СД и БА, связанная с 21q11-q21 хромосомой [10].

Аналогичен дефицит нейротрансмиттерных систем, снижение уровня норадреналина и серотонина, потеря активности одного из основных ферментов холинергической системы – холинацетилтрансферазы. Было изучено количество синаптосомального белка 25 kDa, локализованного в синаптических терминалях и принимающего участие в процессе выделения медиатора из пресинаптической терминали и кислого фибриллярного глиального белка. Установлено, что количество синаптосомального белка снижено, а кислого фибриллярного белка увеличено в лобных, парietoальных, височных и затылочных областях коры головного мозга как при БА, так и при СД. Авторы отмечают, что обнаруженные изменения могут вызывать уменьшение синаптогенеза и способствуют гибели нейронов [11].

Интересны и данные о нейрохимической природе СД и БА. Так, установлено, что уровень вазопрессина в мозге здоровых обследуемых увеличивался в следующем порядке: cerebellum>occipital>frontal>parietal>temporal lobe и был существенно выше в височной доле и ниже в мозжечке пациентов с СД. Уровни вазопрессина в мозге пациентов БА также были

выше в височной доле, по сравнению с нормой, но не отличались от показателей нормы в мозжечке. Авторы предполагают раннее участие вазопрессина в патогенезе холинергического, моноаминергического и нейропептидэргического дефицитов, описанных при СД и БА [12].

Активность фосфорилаткиназы, отражающей процессы обмена глюкозы, была существенно повышена в мозжечке, лобной, затылочной и височной долях мозга пациентов с СД, а ее активность в мозговых областях пациентов с БА была сопоставима с группой контроля. Нарушение обмена глюкозы при СД является более ранним, в то время как нарушение обмена глюкозы в мозге при БА является, скорее всего, вторичным процессом - результатом нейродегенерации или атрофии [13].

Параллельные изменения выявлены при цитогенетическом обследовании. При БА нет регулярной трисомии 21 - основного цитогенетического варианта СД, но обнаруживается повышенная частота aberrаций хромосомного, хроматидного и геномного типов. Идентичный спектр хромосомных нарушений, частота которых увеличивается с возрастом пациентов, обнаружен и при СД. Такие же изменения, которые свидетельствуют о нестабильности хромосомного аппарата, обнаружены у матерей, имеющих ребенка с СД (доноров экстрахромосомы 21), особенно старших возрастных групп. Как у доноров экстрахромосомы, так и у пациентов с БА особого внимания заслуживают геномные aberrации - анеуплоидные клетки чаще с дополнительной хромосомой X и 21.

В целом все из перечисленных признаков, как бы они не были специфичны для БА и СД, не являются каким-либо принципиально новым феноменом. Хотя и в меньшем количестве и меньшей выраженности, но и при физиологическом старении обнаруживаются те же нейроморфологические, гистологические, цитогенетические изменения. Связь со старением - это еще один яркий пример родства СД и БА. Признаки преждевременного старения выявляются практически у всех пациентов с СД. Преждевременное старение отмечено также у доноров экстрахромосомы 21. Строгая возрастзависимая тенденция установлена для развития БА и возникновения СД: вероятность возникновения БА повышается при старении, риск рождения ребенка с СД резко увеличивается с возрастом матери.

Проведенное нами популяционное исследование показало, что частота СД в Донецкой области составляет 1:738 новорожденных. Риск рождения ребенка с СД у 20-летней матери составляет в среднем 1:2000 новорожденных, в 30 лет - 1:800, 35 - 1:300, 40 - 1:80, 45 - 1:35 [14].

Связь между СД и БА настолько очевидна, что многие авторы предлагают рассматривать СД как модель для изучения БА, называя СД ключом к открытию патогенетических механизмов БА [6]. Такая посылка исходит, прежде всего, из установленного американскими учеными в 1987 году факта, что ген APP - предшественник бета-амилоида (amyloid precursor protein) картирован на хромосоме 21 в районе 21q22, ответственным за проявление СД [15]. Вместе с тем, изучая распространенность деменции альцгеймеровского типа и частоту epsilon4 аллели у пациентов, страдающих СД, отмечено, что частота epsilon4 аллели у пациентов с СД и БА была 18.8 %, что было значительно выше, чем таковая у пациентов с СД без БА (4.5 %),

что свидетельствует о том, что ApoE epsilon4 является фактором риска для БА даже у пациентов с СД с генетическим предрасположением к БА [16]. Среди литературных источников нами обнаружено описание 78-летней женщины с СД с частичной трисомией 21 хромосомы [46, XX, rec(21)dup q, inv(21)(p12q22.1)], где авторы даже утверждают, что БА у пациентов с СД может развиваться только при наличии гена, кодирующего amyloid precursor protein (APP) [17]. Количество бета-амилоида в коре головного мозга при БА и СД увеличено, причем более выраженные изменения отмечались при СД, что свидетельствует о возможно ином механизме формирования амилоида при СД, отличающемся от такового при БА [18]. Предшественник бета-амилоида при БА и СД расщепляется с образованием 39-43 аминокислотных фрагмента, обозначенных как «бета-амилоидный белок», который является основным компонентом амилоидных отложений при этих патологиях. При иммуноцитохимическом анализе срезов головного мозга болевших семейной формой БА жителей Швеции обнаружены отложения бета-амилоида с признаками амилоидной ангиопатии в неокортексе и в мозжечке, сопоставимые с теми, что обнаруживали при СД. Как правило, такие отложения содержали большое количество амилоида Ab<sub>42</sub> [Kalaria R., Cohen D., Greenberg B. et al. Abundance of the longer Ab<sub>42</sub> in neocortical and cerebrovascular amyloid b deposits in Swedish familial Alzheimer's disease and Down's syndrome // NeuroReport. - 1996. - Vol. 7, No 8. - P. 1377-1381]. Так как ген, кодирующий синтез бета-амилоидного белка, локализован на хромосоме 21, связь СД и БА обосновывают гиперэкспрессией генов, хотя прямого доказательства на экспериментальных животных эта гипотеза не получила.

Описаны случаи, когда у пациентов с СД в отличие от большинства больных, имеющих регулярную трисомию 21, был утрачен только небольшой участок хромосомы 21, не включающий ген APP, но были обнаружены классические признаки БА.

Относительно недавние исследования показали, что точечная мутация в кодоне 717 гена APP с заменой валина на изолейцин может быть связана с развитием БА. Описаны мутации в этом же кодоне с замещением валина на глицин или фенилаланин [19]. В то же время эти находки достаточно редки.

Роль генетических факторов в возникновении СД и БА является общепризнанной. Хорошо известны описания семей с повторными случаями как БА, так и СД и сочетанием в одной семье и родословной этих патологий [20]. Мы наблюдали 3 семьи, в одной из которых СД был у родных сибсов, в другой - у двоюродных сибсов, и в третьей семье - у женщины, имеющей ребенка с СД, при повторной беременности был выявлен кариотип плода XO - синдром Тернера. В двух родословных с СД отмечены случаи БА [21].

Предположение о рецессивном наследовании СД, в том числе наличия редкого гена, было отвергнуто при изучении изолятов, в которых частота СД была незначительно выше, но гораздо ниже, чем должна была быть при рецессивном наследовании. Не подтвердилась и гипотеза о доминантном наследовании СД. Аналогичная ситуация наблюдается и при анализе семей с повторными случаями БА. Предлагается следующее компромиссное решение - в ряде случаев

патология наследуется рецессивно, в ряде - доминантно, в других, возможно, при воздействии факторов внешней среды или мультифакторно. Невозможность отнести совокупность родословных с несколькими пораженными членами ни к одному из классических типов ядерного наследования послужила основанием для введения некоторыми исследователями термина квазидоминантное наследование [22].

Совсем недавно была предложена новая гипотеза, объясняющая зависимость между БА и СД. Она основана на явлении молекулярной aberrантной мейотической рекомбинации. Aberrация в мейотической рекомбинации была обнаружена при хромосомных болезнях. При БА, как и при СД возникает aberrантная мейотическая рекомбинация в хромосоме 21, которая наиболее вероятна в области D21S1/S11-D21S16, связанной с ранним началом БА [23].

Говоря о наследовании, естественно, подразумевают ДНК. Но в клетке, кроме ядерной ДНК, есть и цитоплазматическая, локализованная в митохондриях. Анализ 190 родословных с различной степенью отягощения, включая 32 с повторными браками у матери и/или бабушки пробанда указывает на цитоплазматическую передачу наследственной предрасположенности к возникновению патологии. Такой же вывод мы получили при анализе описанных в литературе родословных с повторными случаями БА [24,25].

При биохимическом обследовании доноров экстрахромосомы 21 обнаружена повышенная интенсивность свободнорадикальных процессов, измеренная в крови методом хемоллюминесценции, и сниженная активность супероксидсмутазы (СОД). Анализ возрастзависимого распределения этих показателей демонстрирует, что повышение интенсивности свободнорадикальных процессов с возрастом наблюдается и в контрольных группах, но оно гораздо менее значимо, чем у доноров экстрахромосомы, и сопровождается повышением с возрастом активности СОД. Тенденция к снижению активности СОД в контроле отмечена только после 40 лет (исследовали женщин детородного периода). Наибольшее повышение интенсивности свободнорадикальных процессов и наименьшая активность СОД зарегистрированы у доноров старших возрастных групп [26].

Полученные данные о цитоплазматическом наследовании предрасположенности к возникновению СД и БА и о повышенной интенсивности свободнорадикальных процессов у доноров 21 хромосомы, равно как известные факты возрастзависимой частоты синдрома и преимущественного в 95% материнского происхождения дополнительной хромосомы 21, позволяют предположить роль митохондриального генома в патогенезе этих заболеваний. Новые, не описанные ранее мутации, не относящиеся к полиморфизму, были обнаружены в районах АТФ-азы и ND5 с одинаковыми аминокислотными заменами аланина на триптофан и в районе ND1 с заменой валина на метионин [27]. Обнаруженные мутации могут быть, вероятнее всего, патогенетическими, но, вместе с тем, могут быть найдены и в других районах митохондриальной ДНК (мтДНК), как это показано при БА. Наиболее изученной при БА является мутация в мтДНК в районе ND2. Некоторыми авторами показана роль митохондриальной дисфункции (мутации мтДНК) в развитии БА, возникающей в результате деафферентации ней-

ронных цепей, вызывающей энергетический дефицит в мозге при БА [28]. Отмечено, также, что при БА и СД увеличено содержание белков репарации ДНК (ERCC2 и ERCC3). Причем для СД характерно их увеличение в височных и лобных областях коры, а для БА - для всех изучаемых отделов коры (теменных, затылочных, мозжечке). Это увеличение может указывать на продолжающееся повреждение ДНК (возможно окислительное) [29]. Участием митохондриального генома в возникновении и развитии БА и СД можно объяснить связь этих патологий, их возрастзависимую частоту, роль свободных радикалов в патогенезе СД и БА.

Известно, что митохондрии - мишени свободных радикалов, но при повреждении они становятся источником избыточного радикалообразования. Свободнорадикальная теория старения получила подтверждение в целом ряде работ, суммирующих влияние свободных радикалов на биологические системы. Мутации в мтДНК обнаружены у соматически здоровых людей в возрасте около 40 и старше лет, доказано их накопление в процессе старения.

Наличие мутаций в мтДНК у доноров экстрахромосомы 21 позволяет патогенетически обосновать выявленное у них повышение интенсивности свободнорадикальных процессов, снижение антиоксидантной защиты и эффективности окислительного фосфорилирования [30].

Мутации в мтДНК могут быть наследственно обусловлены или вызваны факторами внешней среды и являться как причиной, так и следствием повышенной интенсивности свободнорадикальных процессов. Действие свободных радикалов во время деления клетки вызывает повреждение молекул ДНК, прочные сшивки, уменьшение конформационной подвижности надмолекулярных комплексов в нуклеолипопротеидах, склеивание хромосом (хроматид), нарушение формирования, строения или функционирования центриолей и веретена деления. Любое из этих событий задерживает или блокирует деление, может вызвать гибель клетки, хромосомные изменения, нерасхождение хромосом. Именно нерасхождение хромосом было первым генетическим эффектом облучения, открытым у дрозофиллы [31]. Доказано, что наибольшей чувствительностью к внешним воздействиям обладают хромосомы X и 21. Не удивительно, что самыми частыми хромосомными патологиями являются трисомия 21 - СД и синдром Тернера - XO. Объяснимыми становятся и сочетания этих синдромов в одной семье, а также отмеченное повышение частоты рождения детей с СД после радиационного воздействия, прежде всего у женщин старшего возраста [32].

Предлагаемая нами точка зрения о ведущей роли мутаций в мтДНК в патогенезе заболевания, тесно связанной со старением, не противоречит генерегуляторной теории Фролькиса В.В. о механизмах развития возрастной патологии [33]. Мутации в мтДНК с заменой аминокислотных оснований могут приводить к подавлению синтеза одних белков, активации синтеза других, образованию ранее не синтезовавшихся белков. Экзогенные воздействия, сопровождающиеся повышением интенсивности свободных радикалов, могут быть как самостоятельным фактором внешней среды, ведущим к мутациям в мтДНК, так и усиливающим наследственно обусловленные мутации в мтДНК. Влияние мутаций мтДНК на ткань зависит от

потребления ею митохондриальной АТФ. Наибольшее количество АТФ потребляется ЦНС, которая чаще других органов и систем страдает при мутациях в мтДНК.

Именно ролью митохондриального генома в патогенезе БА можно объяснить ряд противоречивых данных, обсуждаемых при изучении этой патологии. Некоторые авторы высказывают мнение, что редкость случаев со многими пораженными членами БА является аргументом против генетической природы заболевания. В то же время список таких семей все время пополняется. Существует точка зрения, что относительная неспецифичность нейроанатомических изменений альцгеймеровского типа также ставит под сомнение генетическую обусловленность БА.

Накопленные к настоящему времени знания о болезнях, связанных с мтДНК, позволяют примирить эти противоречия. Установлено, что наиболее яркой чертой мтДНК-болезней является их фенотипическая гетерогенность, а степень выраженности патологии и риск передачи зависят от доли (содержания) мутантной мтДНК. Именно митохондриальным наследованием, а не ядерным, можно объяснить описания монозиготных близнецов как конкордантных, так и дис-

кордантных, по БА [34,35]. В то же время представлены доказательства взаимодействия ядерного и митохондриального геномов, инсерций мт-ДНК в ядерный геном, наличие гомологичных последовательностей в митохондриальном и ядерном геноме [36].

В отличие от ядерного наследования, при митохондриальном вовсе не обязательно повторение определенной нозологической единицы в семье и родословной.

Мутации в мтДНК, обнаруженные при БА, ряде онкозаболеваний, при инсулинозависимом диабете, а также у соматически здоровых людей в возрасте около 40 и старше лет, объясняют сочетание этих патологий с СД и их связь со старением.

Проведенный нами анализ показывает сходство в патогенезе СД и БА по многим критериям и, вместе с тем, существенные различия в проявлении этих видов патологии. Поиск новых периферических маркеров БА и СД, дальнейшее детальное изучение изложенных нами патогенетических особенностей СД и БА и параллельное исследование ядерного и митохондриального геномов позволят расширить представление о механизмах развития и причинах связи этих заболеваний.

*Арбузова С.Б., Івнев Б.Б.*

## **ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА ТА СИНДРОМ ДАУНА. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Хвороба Альцгеймера (ХА) - багатобактерне захворювання, причиною якого є деякі фактори ризику, до яких належать вік та спадковість. ХА та синдром Дауна (СД) мають схожі зовнішньоклітинні (сенільні бляшки) та внутрішньоклітинні (нейрофібрилярні вузлуки) морфологічні проявлення, що супроводжуються порушенням когнітивних функцій. В огорі представлені дані щодо етиопатогенетичної спільності ХА та СД. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 107-111)

*Arbuzova S.B., Ivnev B.B.*

## **ALZHEIMER'S DISEASE AND DOWN'S SYNDROME. MECHANISMS OF DEVELOPMENT**

Donetsk State Medical University named after M. Gorky

Alzheimer's disease (AD) - is the most common cause of dementia, associated with several risk factors, including age and inheritance. AD and Down's syndrome (DS) has same morphological changes: extracellular (senile plaques) and intracellular (neurofibrillary tangles), that developed parallel cognitive decline. In this review we summarize data that support etiopathogenetic similarity of AD and DS. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 107-111)

### *Литература*

1. Arnold S., Hyman B., Flory et al. The topographical and neuroanatomical distribution of neurofibrillary tangles and neurotic plaques in the cerebral cortex of patients with Alzheimer's disease // *Cereb. Cortex.* - 1991.- V.1,N1.-P.103-116.
2. Oyanagi K., Takahashi H., Wakabayashi K., Iruha P. Correlative decrease of large neurons in the neostriatum and basal nucleus of Meynert in Alzheimer's disease // *Brain Res.*- 1989.- V.504, N4.-P.354-357.
3. Uchihara T., Hondo H., Kosaka H., Tsukagoshi H. Selective loss of nigral neurons in Alzheimer's disease: a morphometric study // *Acta Neuropathol.(Berl).*-1992.- V.83,N3.- P.271-276.
4. Leverenz J., Raskind M. Early amyloid deposition in the medial temporal lobe of young Down syndrome patients: a regional quantitative analysis // *Exp. Neurol.* -1998.- V.150, N2.- P. 296-304.
5. Гроппа С.А. Болезнь Альцгеймера. // Журн. невропатол. и психиатр.- 1990.- Т. 90, №9.- С. 105-112.
6. Holtzman M. Alzheimer Disease and Down Syndrome. // International Conference on Chromosome 21 and Medical Research on Down Syndrome. March 14-15, Barcelona-Spain.- 1997.- P.17
7. Lett I. Alzheimer's Disease and Aging in Down Syndrome. / International Conference on Chromosome 21 and Medical Research on Down Syndrome. March 14-15, Barcelona-Spain.- 1997.- P.25.
8. Itoh Y., Yagishita S. Scanning electron microscopical study of neurofibrillary tangles in a presenile patient with Down's syndrome // *Acta Neuropathol.(Berl).*-1998.- V.96, N2.- P.179-184.
9. Pearlson G., Breiter S., Aylward E., et al. MRI brain changes in subjects with Down syndrome with and without dementia // *Dev Med Child Neurol.* -1998.-V.40, N5.- P. 326-334.
10. Groet J., Ives J., South A. Et al. Bacterial contig map of the 21q11 region associated with Alzheimer's disease and abnormal myelopoiesis in Down syndrome // *Genome Res.*-1998.-V.8, N4.- P. 385-398.
11. Greber S, Lubec G, Cairns N, Fountoulakis M. Decreased levels of synaptosomal associated protein 25 in the brain of patients with Down syndrome and Alzheimer's disease // *Electrophoresis.* - 1999.-V.20, N4-5.-P. 928-934.
12. Labudova O., Fang-Kircher S., Cairns N., et al. Brain vasopressin levels in Down syndrome and Alzheimer's disease // *Brain Res.*- 1998.-V. 21, N 1.- P. 55-59.
13. Labudova O., Kitzmueller E., Rink H., et al. Increased phosphoglycerate kinase in the brains of patients with Down's syndrome but not with Alzheimer's disease // *Clin. Sci. (Colch).*- 1999.-V.96, N3.- P. 279-285.
14. Арбузова С.Б. Возрастзависимая частота синдрома Дауна и свободнорадикальная теория старения // *Цитология и генетика*-1996.-Т.30,№5.-С.26-34.
15. Kay D. Chromosome 21q21 sublocalisation of gene encoding beta-amyloid peptide in cerebral vessels and neurotic (senile) plaques of people with Alzheimer disease and Down Syndrome // *Lancet.*- 1987.- V. 6, N 8529.- P. 384-385.
16. Sekijima Y., Ikeda S., Tokuda T. Prevalence of dementia

of Alzheimer type and apolipoprotein E phenotypes in aged patients with Down's syndrome // *Eur Neurol.* -1998.-V. 39, N4.-P.234-237.

17. Prasher V., Farrer M., Kessling A. Et al. Molecular mapping of Alzheimer-type dementia in Down's syndrome // *Ann Neurol.*-1998.-V. 43, N3.- P. 380-383.

18. Armstrong R. Do beta-amyloid (Abeta) deposits in patients with Alzheimer's disease and Down's syndrome grow according to the log-normal model? // *Neurosci. Lett.*- 1999.-V.12, N.1-2.- P. 97-100.

19. Mann D., Jones D., Snowden J. Et al. Pathological changes in the brain of a patient with familial Alzheimer's disease having a missense mutation at codon 717 in the amyloid precursor protein gene // *Neurosci. Lett.*- 1992.- V. 137, N 2.- P.225-228.

20. Sadovnick A., Tuokko H., Horton A. Et al. Familial Alzheimer's disease. // *Canad. J. Neurol. Sci.*- 1988.-V.15.- P. 142-146.

21. Арбузова С.Б. Клинико-патогенетическое обоснование возникновения и манифестации синдрома трисомии 21: Автореф. дис...д-ра мед. наук: 14.03.23/Укр. научн. гигиенич. центр – Киев, 1996.-45 с.

22. Воскресенская Н.И. Клинико-генеалогическое изучение болезни Альцгеймера // *Журн. невропатол. и психиатр.*-1990.-Т. 90, №9.- С.50-56.

23. Petronis A. Alzheimer's disease and down syndrome: from meiosis to dementia // *Exp. Neurol.*- 1999.-V.158, N2.-P. 403-413.

24. Арбузова С.Б. О роли митохондриальной ДНК в происхождении регулярной трисомии хромосомы 21 // *Цитология и генетика.*-1995.-Т.29, №3.-С.77-80.

25. Arbuzova S. Cytoplasmic inheritance of predisposition to the origin of trisomy 21 // *Program and Abstract Int. Conference on Chromosome 21 and Medical Research on Down Syndrome, Barcelona, March 14-15, 1997.*-P. 33-34.

26. Арбузова С.Б., Федотова О.О., Соловьева В.Д. Причины

повышения частоты синдрома Дауна с возрастом матери // *Пробл. старения и долголетия.*-1999.-Т.8, №2.-С.122-127.

27. Arbuzova S. Why it is necessary to study the role of mitochondrial genome in trisomy 21 pathogenesis // *Down Syndrome Research and Practice.* - 1998.-Vol.5, No.3.-P. 126.

28. Bonilla E., Tanji K., Hirano M. Et al. Mitochondrial involvement in Alzheimer's disease // *Biochim. Biophys. Acta.*-1999.-V. 1410, N2.- P.171-182.

29. Hermon M., Cairns N., Egly J. Et al. Expression of DNA excision-repair-cross-complementing proteins p80 and p89 in brain of patients with Down Syndrome and Alzheimer's disease // *Neurosci. Lett.*- 1998.-V. 251, N1.-P.45-48.

30. Арбузова С.Б., Федотова О.О., Соловьева В.Д. Снижение эффективности окислительного фосфорилирования у доноров экстрахромосомы 21 // *Биополимеры и клетка.*-1996.-Т.12, №4.-С. 84-87.

31. Halliwell B., Gutteridge J. *Free Radicals in Biology and Medicine.*- Oxford: Clarendon Press, 1985.-215 p.

32. Uchida I., Lee C., Byrnes E. Chromosome aberrations induced in vitro by low doses of radiation: Nondisjunction in lymphocytes of young adults // *Am. J. Hum. Genet.*-1975.-No.27.-P. 419-429.

33. Фролькис В.В. Геронтология: прогнозы и гипотезы // *Журн. АМН Украины.*- 1998.-Т.4, №3.-С. 432-448.

34. Shoffner J., Wallace D. Mitochondrial genetics: Principles and practice // *Amer. J. Hum. Genet.*-1992.-V.51.N6.-P. 1179-1186.

35. Москаленко В.Д. Болезнь Альцгеймера у монозиготных близнецов // *Журн. невропатол. и психиатр.* - 1989. - Т.89, вып.9. - С. 138-142.

36. Wallace D. C. et al. Report of the committee on human mitochondrial DNA // In: Cuticchia A.J. (ed) *Humane Mapping 1995: A compendium.* - Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1995. - P. 910-954.

Поступила в редакцию 16.07.2000г.

УДК 575.224.22 + 57.02: 616.89

*А.В. Любарский***ЭВОЛЮЦИОННО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Клиническое объединение “Центр охраны материнства и детства”, Симферополь, Украина

Ключевые слова: адаптивность, этология, эволюционный конфликт, генетическая предрасположенность

Известно, что приспособленность особи зависит от ее способности доживать до репродуктивного возраста, успешного спаривания, фертильности и вероятности произведенных потомков доживать до репродуктивного возраста [11].

Поведение животных оптимально только в том случае, если они имеют возможность успешно размножаться [7], а адаптивное значение поведения – это мера успешности размножения одного организма по сравнению с другими [6]. Успешное размножение зависит от статуса самца, т.е. его биологической и “социальной” адаптивности, от успешности сексуального поведения и от фертильности особей. Все эти факторы могут быть в той или иной степени нарушены в результате, например, генетической предрасположенности. Проводя этологические параллели с человеком, данные факторы могут иметь немаловажное значение, кроме того, при наличии генетической предрасположенности, не редко нарушения фертильности отмечаются только у потомства, что по меркам биологического мира, также нельзя назвать адекватной адаптацией предыдущего поколения. Как известно, сексуальная функция для человека имеет гедонистическое, коммуникативное значение и в меньшей степени, репродуктивное, в отличие, видимо, от остального биологического мира. Известно, что большая часть жизни животного посвящена размножению, а большинство актов альтруистичного самопожертвования совершаются родителями во благо своих детей; эволюция действует через естественный отбор, означающий дифференциальное выживание “наиболее приспособленных” [8].

Как в животном мире, так и в человеческом социуме, весомый эволюционный смысл заложен в выборе друг друга половыми партнерами. В дальнейшем, адекватность коммуникации партнеров, сексуальный успех сближения, очевидно, еще являются дополнительными факторами эволюционного отбора, позволяющего или нет произойти адекватному слиянию гамет, в случае, конечно, достаточной фертильности особей. В глобальном масштабе – выживание наиболее приспособленных, адаптивных линий вида позволяет выжить и популяции в целом.

Выбор партнерами друг друга, как в биологическом мире, так и в человеческом социуме с эволюционными перспективами основывается на определенных критериях, которые, видимо, прямо или косвенно связаны с особенностями соматического, психического, и в том числе сексуального и репродуктивного здоровья, что в совокупности своей, может повысить

шансы появления здорового и достаточно адаптивного потомства.

Примером могут служить морфологические дисплазии человека [3], которые представляют интерес, как возникающие вследствие проявлений нарушения эмбриогенеза в результате наследственных и перинатальных воздействий, а основой для изучения пренатального дизонтогенеза является то, что кожа и нервная система развиваются из эктодермального листка и выявляемые малые аномалии развития часто сочетаются с аномалиями развития мозга [2]. В целомном представлении проблема дизонтогенеза тесно соприкасается со становлением патологических диспластических конституций, где диспластичность является не просто уродливостью с точки зрения эталонов гармонии и красоты. Это фактически отклонение в развитии от вариантов нормы, характерных для основных конституциональных типов; причины отклонений носят эндогенный генетический характер [1]. Соответственно, если человек обладает повышенным количеством стигм дисэмбриогенеза, а тем более с врожденными пороками развития, то он не “просто” не вписывается в каноны красоты, а еще и представляет некоторую опасность в плане наследственной патологии, нарушения фертильности, пониженного уровня адаптивности нервной системы. Дестабилизированный генотип, обладая более низким порогом к влиянию экзогенных факторов, включая и негативные социально-средовые психогенные воздействия, обуславливает более высокую подверженность нервно-психическим расстройствам [4]. Хотя, базируясь на структурном эволюционном исследовании клиники, имеются данные о связи спектра разнообразия болезни с базовой эволюционной закономерностью, определяющей полиморфизм, как явление адаптивное [5], но адаптивность полиморфизма, имеет, очевидно, больше популяционное значение, нежели способствует выживанию конкретной особи.

Визуальная маркировка служит как бы эволюционно-оценочным механизмом отбора партнеров для установления тесных связей на предмет их перспективности и адаптивности.

Обращаясь к важнейшим аспектам биологического смысла ритуала ухаживания в животном мире, уместно будет обратиться к мнению [9], считающего, что помимо простой географической изоляции существует много факторов, которые могут препятствовать скрещиванию потенциально инфертильных видов в природных условиях. Предотвратить спаривание на основе несоответствия в поведении при ухаживании

гораздо экономнее, чем допустить возникновение стерильных гибридов в результате такого спаривания. Активность, связанная с “ухаживанием”, спариванием, выведением потомства и заботой о нем, может потребовать значительных затрат энергии и ресурсов. Очевидно, в человеческом социуме, может быть непродуктивным знакомство женщины с мужчиной, страдающим репродуктивными или сексуальными расстройствами, имеющим косвенные внешние признаки риска по уровню адаптивности, в том числе на уровне психической деятельности.

Основная эволюционная проблема для самцов в биологическом мире - привлечь самок при наличии конкуренции со стороны других самцов. Основная эволюционная проблема для самок - выбрать в качестве полового партнера такого самца, который обеспечит потомство наилучшими шансами на выживание и размножение. По-видимому, самка с самого начала имеет преимущество, т.к. она может отказаться от спаривания [11].

Другой эволюционный пример касается гипотезы R. Dawkins [8] по поводу эволюционно-значимого выбора женщинами мужчин, через оценку сексуального и соответственного, психосоматического здоровья. Итак, у многих млекопитающих в пенисе имеется бакулум – кость, придающая жесткость и помогающая гарантированно поддерживать эрекцию. Эта кость имеется у многих приматов и у шимпанзе, хотя у последних она очень мала и находится на пути к исчезновению. У приматов наблюдается тенденция к редукции бакулума, а у человека и нескольких видов узконосых обезьян вспомогательный элемент утрачен окончательно. Следовательно, эрекция у мужчины достигается преимущественно, за счет кровяного давления, а неудавшаяся эрекция может служить чувствительным показателем определенных расстройств здоровья, физических или психических (депрессивные и тревожные состояния, переутомление, неуверенность в себе). Неудавшаяся эрекция может служить и ранним симптомом многих болезней, в том числе, сахарного диабета. У животных же неудавшаяся эрекция иногда бывает вызвана низким статусом самца в иерархической структуре сообщества. Возможно, что показателем выбора для женщин была не просто эрекция, где мог иметь место и бакулум, а резкий контраст в размерах полового члена до и во время возникновения эрекции [8]. Интересной эволюционной аналогией эволюционной значимости морфологических признаков может служить длина хвоста у самцов райских птиц. В самом начале самки, возможно, отдавали предпочтение длинным хвостам как желательному признаку у самцов, вероятно, предвещающему половую потенцию и здоровье их обладателей. Короткий хвост у самца мог свидетельствовать о витаминной недостаточности, что в свою очередь указывает на неумение добывать пищу, или же короткохвостые самцы недостаточно проворно убежали от хищников и те успевали выдрать им хвосты [8]. Как известно, женщины не редко предпочитают высокорослых мужчин, что эволютически объясняется более высоким рангом, физическими данными, высокой фертильностью и сексуальной активностью. Тогда, как мимирию можно расценить достаточно высокий рост, встречающийся у мужчин с синдромом Клайнфельтера, при котором: неизлечимое бесплодие, слабая половая конституция,

очень часто и низкий социальный ранг ввиду низкой “андрогенно-маскулинной напористости” (гипогонадизм, низкое содержание андрогенов в организме, низкая социальная активность, отсутствие амбиций и серьезных устремлений).

В биологическом мире довольно часто используется сексуальная мимикрия для собственного репродуктивного успеха. Так, орхидея офрис пчелоносный побуждает пчел копулировать с ее цветками, которые очень похожи на пчелиных самок и благодаря такому обману цветки орхидеи опыляются [8].

Половой диморфизм стал источником не только серьезного социального межсамцового напряжения в борьбе за самок, но и посеял эволюционный конфликт в уже сформированной паре между самцом и самкой в плане “противоположного отношения” к репродуктивным перспективам. Так, по версии D.McFarland [11], сексуальный конфликт между самкой и самцом носит глобально-эволюционный характер, имеющий очевидные аналогии с человеческими взаимоотношениями; в частности, когда супруга требует как бы платы от мужа за сексуальное сближение, делая одолжение сексуальной близостью, нарушая сбалансированность мужской сексуальности, выдвигая определенные бытовые и материальные условия, что отчасти может и способствует повышению адаптивности потомства. И далее, неизбежны различия в исходных вкладах самцов и самок в размножение, и проблема кроется не только в том, что самцы продуцируют огромное число мелких спермиев, а самки - относительно немного крупных яиц. Спермии испытывают сильную конкуренцию за возможность оплодотворить яйца и самцы могут достичь наибольшего успеха в размножении, оплодотворяя много яиц при относительно небольших затратах на яйцо. Самка с самого начала вносит больший вклад в каждого потомка, и у большинства видов самки продолжают вкладывать больше, чем самцы в доведение каждого детеныша до стадии, когда он способен выжить самостоятельно. Однако самка достигла бы более значительного успеха в размножении, если бы смогла заставить самца вносить больший вклад в выращивание их потомства, предоставив ей возможность отдать больше сил следующему поколению. А поскольку часто в интересах самца уменьшить свой вклад в воспитание потомства, между полами существует эволюционный конфликт [11].

Продолжая обсуждение полового поведения в животном мире, следует отметить, что самцы обычно остаются в выигрыше в каждом сексуальном взаимодействии с самкой, если спариваются с ней, тогда как самки не всегда выигрывают и могут даже полатиться снижением приспособленности [12]. Поэтому для самок наилучшая стратегия быть скромной. Следовательно, страх мужчин перед сексуально агрессивными, напористыми женщинами имеет биологическую основу, как “внезапное смущение” самца, который, вступая в контакт с самкой, вдруг “понял”, что это возможно на самом-то деле самец.

D.Williams [13] описал ухаживание как спор между самцом, навязывающим товар, и самкой, не желающей его брать. Очевидно, самке не надо было бы оставаться недоступной, если бы она прямо могла оценить приспособленность самца и его будущее поведение. Однако все, о чем самка может судить, это вне-

шний вид самца и его поведение в настоящий момент. Самка должна заставить проявить свою истинную натуру или повернуть дело так, чтобы его интересы совпали с ее интересами.

Возвращаясь к проблемам брачных коммуникаций в животном мире, следует отметить, что с социобиологической точки зрения члены моногамной пары смотрят друг на друга не сияющими глазами, а вопреки стараясь определить, что лучше для уровня приспособленности - бросить данного партнера и искать нового или же остаться и помочь выращивать потомство. Все это животные видимо не осознают, т.к. это определенные особенности поведения, которые возникли в результате эволюции [9].

С эволюционно-этологических позиций, мы видим, что конфликтность заложена во многих процессах, имеющих отношение к адаптации, репродуктивному успеху, видовому выживанию. Очевидно, что устойчивость нервной системы к конфликтно-стрессовым воздействиям во многом влияет на выживаемость, которая в свою очередь, связана с сексуально-репродуктивным, психосоматическим здоровьем. Этот факт желательно учитывать, проводя семейную психотерапию супружеским парам с бесплодием и генетической предрасположенностью со стороны мужчины в плане эволюционно-биологических основ для существующего конфликта и ограниченных адаптивных возможностей "сильной половины" пары.

*А.В.Любарский*

## **ЕВОЛЮЦІЙНО-ЕТОЛОГІЧНА ОЦІНКА АДАПТИВНОСТІ РЕПРОДУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Клінічне об'єднання ЦОМ та Д

З еволюційно-етологічних позицій конфліктність закладена в багатьох процесах, що мають відношення до адаптації, репродуктивного успіху, видового виживання. Стійкість нервової системи до конфліктно-стресових дій впливає на спроможність вижити, що пов'язана з сексуально-репродуктивним психосоматичним здоров'ям. Це доцільно враховувати при проведенні сімейної психотерапії подружжям з безпліддям та генетичною предрасположеністю з боку чоловіка. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 112-114)

*A.V.Lyubarski*

## **EVOLUTIONARY-ETHOLOGICAL EVALUATION OF THE REPRODUCTIVE BEHAVIOUR ADAPTIVITY**

Clinical Association of the CPM and C

From evolutionary-ethological positions the conflictness is characteristic of many processes, concerning the adaptation, reproductive success, specific survival. The nervous system stability a conflict-stress pressure influences upon an ability survive, connected with a sexual-reproductive, psychosomatic health. This is reasonably be taken into consideration, while conducting family psychotherapy for matrimonial couples with a sterility and a genetic predisposition on a man's part. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 112-114)

### *Литература*

1. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. - К.: Здоровья. - 1990.-216 с.
2. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении.-К.: Здоровья, 1984.-152 с.
3. Корнетов Н.А. О регионарных морфологических дисплазиях при неблагоприятном течении параноидной шизофрении // Клиника и патогенез психических заболеваний.-Киев: Штиинца, 1978.-С. 60-65.
4. Корнетов Н.А. Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии.-Томск, 1996.-73 с.
5. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - ИМИС - НПФ "Движение" Лтд. 1993. - 286с.
6. Ayala F.J. Введение в популяционную и эволюционную генетику: Пер.с англ.-М., Мир, 1984. - 243с.
7. Dawkins M.S. Unravelling animal behavior. - London: Longman, 1996. - 159p.
8. Dawkins R. Эгоистический ген: Пер. с англ. - М.: Мир, 1993. - 318с.
9. Dewsbury D. Поведение животных: сравнительные аспекты. Пер. с англ. - М.: Мир, 1981. - 480 с.
10. Fischer E.A. The relationship between mating system and simultaneous hermaphroditism in the coral reef fish, *Hypoplectrus nigricans* (Serranidae), *Animal Behaviour*, 1995. - P.620-633.
11. McFarland D.J. Поведение животных: Психобиология, этология и эволюция: Пер. с англ. - М.: Мир, 1988. - 520с.
12. Parker G.A. Sexual selection and sexual conflict. In: *Sexual Selection and Reproductive Competition in Insects*, Blum M.S., Blum N.A. (eds.), New York, Academic Press, 1997. - P. 123-166.
13. Williams G.C. *Adaptation and Natural Selection*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press. 1996. - P.320

Поступила в редакцию 2.12.2000г.

*В.Ю. Омелянович*

## ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ ЧАСТЬ II\*

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

### *5. Этиологическое значение экстремальной психологии и других патогенных факторов в развитии посттравматического стрессового расстройства.*

За последние 15 лет были разработаны многочисленные надежные критерии диагностики посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Намного меньше внимания уделялось разработке психометрических методов оценки психотравмирующего события. Это объясняется имеющим место предположением, что критические стрессоры, такие как война, перестрелка, насилие, пытки, стихийные бедствия и т.п. имеют сверхсильное воздействие на психику человека и что их можно считать «универсальными стрессорами» в этиологии ПТСР [34]. Однако, в последние годы исследователи этой проблемы пришли к выводу, что психотравма представляет собой многоаспектную конструкцию и ее оценка влечет за собой как значительную концептуальную неоднозначность, так и определенные практические трудности.

Cohen и соавт. [12] отмечают, что для разработки надежных критериев психотравм, вызывающих ПТСР, могут быть использованы результаты более чем 50-летней работы по исследованию воздействия на психику человека «обычных» стрессоров. Тема исследования воздействия психотравмы по мнению авторов, может быть условно разделена на концептуальную проблему и проблему контрольно-измерительных исследований.

Концептуальная проблема включает в себя: а) трудности в определении психотравмы; в) оценку характеристик психотравмы, включая аспекты объективных и субъективных оценок пережитого события; с) вопросы несовпадения объективных и субъективных оценок психотравмы; d) оценку психотравмы на протяжении длительного периода жизни; е) оценку широкого спектра травматических событий, включая как «сильные», так и «незначительные» стрессоры.

Проблема контрольно-измерительных исследований включает в себя: а) изучение качества анкетных опросников, методов, предназначенных для отбора и оценки параметров травматического события; в) необходимость разработки клинических критериев психотравмы; с) необходимость прямых и косвенных методов оценки травматического события; d) оценку надежности, включая интегральную оценку надежности результатов повторного тестирования; е) проверку правильности результатов оценки ключевых аспек-

тов травматического события; f) проверку достоверности того факта, что нарушения были вызваны именно психотравмой, а не иными причинами.

Значительным препятствием в изучении психотравмы является тот факт, что приходится опираться практически исключительно на ретроспективную оценку состояния лиц, имеющих травматический опыт. Наиболее важный вопрос в качестве оценки психотравмы состоит в том, насколько объективно описывают обследуемые травматическое событие.

Wyshak [80] отмечает конкордантность в результатах исследования такого травматического события, как насилие или насильственная смерть близкого человека. В Гарвардский Опросник Психотравмы был включен дополнительный вопрос: имеют ли обследуемые сходные суждения относительно качественного и количественного аспекта пережитой психотравмирующей ситуации. Если ответы обследуемых при повторных опросах изменялись, задача исследователя состояла в объяснении расхождения ответов. Несоответствие в ответах обследуемых на различных этапах исследования авторы объясняют возможным воздействием различных факторов.

Некоторые пациенты оценивали травматическое событие более драматично при повторном обследовании. Это объясняется «эффектом заправки» проявляющимся некоторой аггравацией или же состоянием большего комфорта при повторном опросе, приводящем к большему раскрытию пациента перед исследователем. То, что часть пациентов при повторном интервью оценивали психотравму менее драматично, чем в первом, может быть объяснено тем, что эта группа пыталась избежать возникновения болезненных эмоций или же отрицательно относилась к обследованию [65].

Относительно проверки достоверности результатов обследования основополагающим является вопрос - насколько точно соответствует фактическим событиям сообщенная пациентом информация. Для ответа на этот вопрос необходимо полагаться на надежные источники информации. Это довольно трудная задача, так как даже материалы судебного дела или подробные военные отчеты с места ведения боевых действий могут лишь частично отражать травматический опыт у обследуемого [67].

Одним из наиболее исследованных видов травмы является «Warzone disorder» - расстройство зоны боевых действий. Основную группу обследуемых состав-

\* Часть 1 научного обзора опубликована в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» 1999. - № 2 (6)

ляли Вьетнамские ветераны, хотя существуют адаптации психометрических методик и для ветеранов других военных конфликтов. Одна из наиболее широко используемых на Западе анкет - Масштаб Дефекта Боя (Combat Exposure Scale), состоящая из 7 пунктов [37], является попыткой измерить субъективную оценку военных стрессоров. Кроме оценки психотравмирующего значения войны, наиболее активно исследуемой, в настоящее время является исследование детской психотравмы (физическое или сексуальное насилие со стороны взрослых). Существуют различные анкетные опросники (Опросник расстройств, вызванных неправильным обращением; Анкетный опросник травмы детства; Семейная история опытов и др.), позволяющие исследователям всесторонне изучить характеристики данного вида психотравмы, включая оценку частоты, выраженности, интенсивности и продолжительности каждого вида детской психотравмы [5].

Исследование воздействия физического или сексуального нападения представляет собой тоже довольно обширный пласт исследований, однако большинство исследователей под объектом данного вида психотравмы подразумевают, как уже было отмечено выше, исключительно женщин. Исследования данного вида психотравмы проводились американскими учеными при помощи Опросника параметров и тактики конфликта (CTS) [70] и Описи поведения, подвергшихся оскорблениям (ABI) [79], позволяющих изучить количественную меру физического ущерба, а так же оценить психологически неправильное обращение или запугивание без применения физической силы. Опросник Обзор полового воздействия (SES) категоризирует половую агрессию среди взрослых и половое преследование среди подростков. Хронологический сексуальный анкетный опросник (WSHQ) широко используется для изучения травматического воздействия акта изнасилования, а Гарвардский анкетный опросник травмы [54] позволяет изучить воздействие на психику человека пыток.

В настоящее время существует предположение, что травматические нарушения могут накапливаться за счет накопления травматического опыта, и что предшествующая психотравма усиливает воздействие последующей [64]. Это предположение привело к созданию Описи исследований потенциальных стрессоров (PSEI) [16], являющейся всесторонним многоуровневым опросником, позволяющим получить информацию о демографических характеристиках обследуемого и о воздействии стрессоров различной интенсивности.

Итак, основное эмпирическое предположение состоит в том, что для осуществления оптимального предсказания результатов воздействия психотравмы, необходима оценка всего травматического опыта в течение всей жизни. В эпидемиологических исследованиях эта стратегия может дать ценную информацию о распространенности различных видов травмы и роли многократных травматических событий, как фактора риска в развитии психических расстройств [34].

Безусловно, помимо самой травмы, существуют также дополнительные факторы, определяющие в известной мере то, как индивидуум переживает полученную травму. Важным внутренним условием возникновения реактивных состояний является наличие особых черт личности, обозначенных G. Nissen[55] как

«невротическая структура личности» и развивающихся вследствие нарушения процесса ее формирования [3].

Одним из важных факторов внутренних условий является возрастной фактор, который необходимо особенно учитывать при исследовании психогений у детей и подростков [3, 24]. Возрастной фактор может играть роль не только патопластическую, определяя своеобразие болезненных переживаний, но и предрасполагающую, в ряде определенных психогенно-реактивных состояний. Н.К. Сухотина, проведя в 1987г. в Брянской области исследование населения, проживавшего на радиационно зараженной территории, обнаружила, что факт наличия радиационного загрязнения оказался чрезвычайно патогенным в плане развития невротических расстройств у взрослого населения, не оказывая в то же время никакого влияния на психическое здоровье детей. Посттравматические расстройства вследствие стихийных бедствий и катастроф являются структурно сложными многофакторными стрессогенными образованиями, воспринимаемыми детьми и подростками не менее глубоко, чем взрослыми [1, 24, 62].

По мнению В.В. Ковалева и Н.К. Асановой [3], одним из мощных психотравмирующих факторов для формирования у детей и подростков симптомов ПТСР является взаимное индуцирование тяжелыми переживаниями в местах массового скопления людей, в семьях.

Российскими исследователями [4] были выявлены корреляции между личными мотивами участия в боевых действиях и особенностями психической травмы и клиникой ПТСР. При обследовании сотрудников ОМОН, участвовавших в боевых действиях в республике Ичкерия, в группе с преобладанием таких личных мотивов, как долг перед павшими и ранеными товарищами, защита русского населения республики и целостности Российской Федерации, ПТСР были относительно кратковременными с благоприятным исходом, завершаясь, в ряде случаев, спонтанным редуцированием симптоматики. В клинической картине преобладали депрессивные проявления, на фоне которых развивались эксплозивные, сенситивные и истерические реакции.

В группе, с преобладанием таких мотивов, как материальный фактор, опасения оказаться трусом, ПТСР отличались большей продолжительностью, а в клинической картине преобладали ипохондрические и психосоматические расстройства.

По мнению зарубежных авторов, существует множество факторов, влияющих на возникновение ПТСР. V. Charlot, H. Glover [2, 24], J.O. Buchbinder [31] особо выделяются такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими («синдром выжившего»).

Некоторыми авторами отмечается, что риск развития психической патологии возрастает по мере увеличения напряженности служебной деятельности [38].

В.К. Jordan и соавт. [30] указали на этиологическую значимость преморбиды и социальной среды, которая окружает пострадавшего, а Levav I., и соавт. (1977) выделили «хронические гиперстрессированные группы», к которым относили лиц, подвергавшихся воздействию наиболее интенсивных экологических загрязнений.

Следует отметить, что важным этиологическим фактором является невозможность заключить свои

переживания в рамки прежних схем. Агрессия может разрушить нормы и ценности индивида, на базе которых он строит свое представление о самом себе, о мире и своем месте в нем. Разрушение прежних представлений, по мнению F. Weil [76], вызывает смутение, гнев и неуверенность в себе.

#### **6. Клинический, психологический и психофизиологический подходы к изучению проблемы посттравматического стрессового расстройства.**

Разработка методов и подходов психологической оценки ПТСР движется, на современном этапе, в направлении анализа воздействия определенных стрессоров, исследования личностных характеристик человека, в плане предрасположенности к развитию ПТСР, разновидностей индивидуальных психологических ответов на психотравму. Эти подходы являются динамическими и интерактивными по своей сути, фокусируя внимание более на общих, чем на частных представлениях о психологических последствиях пребывания в экстремальных ситуациях.

В 1987 г. Kane, Caddell и Taylor [36] предложили включить в методики оценки психологических последствий психотравмы оценку стрессора (например сражение, стихийные бедствия, насилие и т.д.) многофакторное измерение симптомов ПТСР и использование многочисленных «индикаторов» ПТСР.

Этот методологический подход предусматривал получение информации от пострадавшего лица, от незаинтересованных лиц, включая в себя так же клиническое собеседование, дополненное психометрическими и психофизиологическими тестами. Так как на практике эти источники информации не всегда дают согласованные результаты, авторы для проверки подлинности или ошибочности расхождений, рекомендовали, как основополагающий, метод клинического собеседования. Для научно-исследовательских работ метод клинической беседы мог быть заменен статистическими алгоритмами, хотя авторы и отмечали, что преимущество статистических методов над клиническими в вопросе окончательных выводов не всегда может быть однозначным.

Таким образом, исследование ПТСР в настоящее время развивается в следующих направлениях: клиническое интервью; психометрические методики; психофизиологическое обследование.

Наиболее широко используемым видом клинического интервью в исследованиях ПТСР в настоящее время является Структурированное клиническое интервью для DSM - IV (SCID). SCID обеспечивает всестороннюю оценку между диагностическими осями ПТСР и осями других психических расстройств (DSM - IV). Этот опросник краток и легок в использовании. Mc Fall и соавт. [46] сообщают о 100% совпадении диагнозов у различных клиницистов при использовании SCID. Kulka и соавт. [39] отмечают соответствие показателей этого многоосевого клинического интервью с результатами ММРІ и других психологических опросников, хотя и указывают на ограниченность изолированного использования SCID, опираясь на то, что данная методика показывает только дихотомию каждого симптома.

Из распространенных психометрических методик следует отметить так же Диагностическое интервью DIS - NIMH, широко используемую для исследования эпидемиологии ПТСР. Watson и соавт. [75] отмечают

высокую работоспособность данной методики, наряду с ММРІ. В то же время, Kulka с соавт. [40] дают крайне низкую оценку этой методике при работе с выборками пациентов с неярко выраженной симптоматикой ПТСР.

Структурированные интервью для исследования ПТСР создавались такими учеными как Davidson [14], Blake [6], Saunders [68]. Keane с соавт. [35] указывал на высокую чувствительность ММРІ при диагностике ПТСР.

Клиническая медицина традиционно рассматривает познавательные процессы как составную часть мышления. Исследование когнитивных аспектов эмоциональных нарушений проводится посредством психологических опросников и структурированных анкет. Однако эти методики имеют характер субъективного самоописания, что весьма ограничивает область их применения. В последние годы исследователи были вынуждены прибегать к новым методам экспериментальной психологии для изучения когнитивных нарушений при ПТСР [50]. Эти исследования проводились в направлении изолированного изучения дисфункций внимания и памяти при ПТСР с использованием разработанных авторами прикладных когнитивно-экспериментальных методик.

McNally R.J. и Shin, L.M. [51], Yehuda и соавт. [82], изучали изменения в эмоционально-несвязанных сферах психической деятельности при ПТСР, таких как интеллект и кратковременная память.

Для исследований познавательных процессов у ветеранов Вьетнама McNally [47] использовал методику эмоционально-зависимых цветов Stoop (1935). Сущность этого метода состоит в представлении пациенту напечатанных на карточках различного цвета слов, имеющих для обследуемого различную эмоциональную значимость. Пациенту предлагают выбрать цвета, не обращая внимание на напечатанные на них слова. Наибольшее время занимал выбор цветов, связанных с психическими расстройствами словами (Stoop - эффект). Это объясняется тем, что напечатанные на карточках слова фиксируют внимание, не смотря на желание обследуемого проигнорировать их значение, сосредоточив внимание на цвете. Mc Nally использовал связанные с ПТСР слова (например «bobydays»), слова, связанные с другими нарушениями (например - с обсессивно-компульсивными), слова, имеющие связь с положительными эмоциями (например - «любовь») и слова нейтрального характера («ввод» и др.). Так как Stoop-эффект отражает намеренную семантическую активацию, пациенты с ПТСР (n=15) выбирали цвета со словами, связанными с психотравмой гораздо дольше, чем здоровые ветераны (n=15). Это позволило авторам количественно оценить когнитивные нарушения и сделать вывод о том, что наличие данных нарушений является одним из признаков ПТСР.

Исследования Stoop-эффекта продолжил Cassidy (1992) при обследовании группы женщин, подвергавшихся изнасилованию и имевших ПТСР (n=12), изнасилованных женщин без ПТСР (n=12) и женщин, никогда не подвергавшихся насилию (n=12). Были использованы цветные карточки со словами, содержащими различную степень угрозы (высокую и умеренную), положительные слова и слова нейтрального характера. В отличие от жертв изнасилования без ПТСР и не

травмированных женщин, у женщин с ПТСР наибольшее время уходило на выбор цветов со словами с высокой степенью угрозы. У лиц, подвергшихся изнасилованию без симптомов ПТСР, на выбор цветов с высокой степенью угрозы уходило больше времени, чем на выбор карточек с другими словами, однако, это время было все же меньше, чем время, затраченное лицами с ПТСР. Авторы сделали вывод, что эффект семантического воздействия травматических стимулов можно расценивать как объективную «внеличностную» меру нарушений когнитивных процессов.

Исследователи ПТСР, использовавшие метод Stoop-эффекта [33, 74], указывали на тот факт, что наибольшее воздействие на обследуемых производят именно слова, непосредственно связанные с травмой, а не вообще «отрицательные» слова (например - «смерть»). Mc Nally [50] отмечал, что Stoop-эффект отражает непреднамеренную семантическую активацию, являющуюся показателем нарушений в сфере познавательных процессов и лишенную той доли субъективизма, которой наделены психологические опросники. Автор утверждал, что Stoop-эффект связанных с психотравмой слов является чувствительным индикатором клинического состояния больного.

Фоа [17] обследовал группу из 15 жертв физического насилия с ПТСР, 13 жертв насилия без ПТСР и группу из 15 здоровых людей, не подвергавшихся насилию. Наблюдавшиеся у лиц с ПТСР Stoop-эффект у лиц с ПТСР имел значительные различия с таковым у других групп. После проведенного лечения эти различия исчезли.

Исследователи Stoop-эффекта выдвигают предположение, что информация о психотравме у пациентов с ПТСР легко доступна ввиду того, что ответственные за ее хранение «блоки памяти» характеризуются гиперассессивностью, и, таким образом, методики, позволяющие исследовать «явную» (прямые тесты распознавания, свободного выбора) и «неявную» память (косвенные тесты завершения основы слова, лексического решения), могут вполне эффективно использоваться для исследования ПТСР.

Mc Nally [47], исследуя вьетнамских ветеранов с ПТСР и другими психическими нарушениями, а так же психически здоровых ветеранов Вьетнама, обнаружил затруднения в «отыскивании» связанных с травмой «блоков памяти». Было выдвинуто предположение, что пациенты с ПТСР имеют «смещение явной и неявной памяти», что поддерживает релевантную для травмы информацию.

Большинство исследователей, проводивших психофизиологические эксперименты, придерживались в контексте двух основных парадигм. В рамках первой парадигмы в качестве раздражителя использовались стандартизированные аудиовизуальные реплики (обычно - звуки оружейного огня, миномета, изображение ситуаций боя и т.п.). При этом проводились измерения ЧСС, изменения АД, КГР и электромиограммы лобной области [8,9,45]. Предъявляемые раздражители в этих исследованиях вызывали изменение ЧСС и АД у ветеранов войн с ПТСР более выражено, чем у ветеранов без ПТСР. Изменения КГР и ЭМГ были практически идентичны у обеих групп. Mc Nelly и соавт [57], используя семантические раздражители (связанные со стрессором слова, фонетически схожие с ними слова и слова нейтрального характера), отмечали бо-

лее выраженные изменения КГР у ветеранов с ПТСР по сравнению с группой здоровых ветеранов.

Вторая парадигма психофизиологических исследований предусматривает использование управляемых сценарием образов как связанных с психотравмой, так и нейтрального содержания, общей продолжительностью примерно 30 с. Полученные из личного опыта пострадавших сценарии записывались на пленку, после чего использовались как раздражители в психофизиологическом эксперименте. Orr [57], Pitman [61] обнаружили большее изменение КГР, ЧСС и ЭМГ (лобно-боковой локус) при воздействии раздражителей, связанных с персональным опытом боя у ветеранов с ПТСР.

Подобные исследования среди лиц, страдающих ПТСР, никогда не принимавших участие в боевых действиях, а подвергшихся психотравме в результате автомобильной катастрофы, террористического акта или физического нападения, проводили Blanchard и Shalw [68,69]. Авторы пришли к выводу, что психофизиологические феномены, выявленные у ветеранов войн, страдающих ПТСР, характерны для всех больных ПТСР вне зависимости от вида психотравмы.

Таким образом, рассмотренные выше парадигмы могут быть приняты как различные методы для вызова состояния, способного к активации «блоков памяти», хранящих информацию о психотравме и сопровождающихся эмоциональными и поведенческими ответами.

ПТСР, развившееся в результате боевых действий, автомобильной катастрофы или иной экстремальной ситуации, проявляется в психофизиологическом ответе, специфичном для связанных с травмой раздражителей. Mc Nell [52] и Cook, E.W.[13] указывали на тот факт, что выраженность и специфичность психофизиологического ответа, наблюдаемых в выборках больных ПТСР, сходна с таковыми у лиц с простыми фобиями. Личности с простыми фобиями регистрируют повышение КГР и ЧСС в ответ на предъявление образов объектов фобии. Это болезненное реагирование на образы объекта фобии сходно с реагированием больных ПТСР на образы психотравмирующей ситуации [84].

В целом, психофизиологические реакции на связанные с травмой раздражители дают возможность довольно точного выделения группы страдающих ПТСР из общего числа лиц, побывавших в экстремальной ситуации.

Gerardi [22], Orr и Pitman [57] указывают на то, что психофизиологическое исследование позволяет с высокой степенью вероятности проводить дифференциальную диагностику даже в условиях, когда пациент аггравирован или диссимулирует имеющуюся симптоматику ПТСР.

Orr и Pitman [57] отмечают бесспорную эффективность использования психофизиологических методов диагностики в дополнении к судебно-психиатрическому исследованию.

Bradley [10] указывал на то, что величина ответа ЭМГ возрастает при отрицательных эмоциях и уменьшается при положительных. «Быстрая» ЭМГ указывает на состояние актуального эмоционального напряжения и может быть использована для измерения выраженности симптомов ПТСР. Большая величина и медленное изменение автономных ответов на интенсивные вербальные раздражители указывают на общ-

ность ПТСР, агорофобии и панической реакции, но не простых фобий. Этот вывод контрастирует с результатами исследований, где в качестве раздражителей использовались образы, когда психофизиологические реакции у лиц с ПТСР соответствовали таковым у лиц с простыми фобиями, а не у лиц с панической реакцией [7].

### **7. Нейробиологические и биохимические аспекты изучения посттравматического стрессового расстройства.**

Friedman и соавт. [19], исследуя нейробиологические аспекты ПТСР, руководствовались предположением, что у людей, подвергшихся катастрофическим стрессорам, были активированы те же нейробиологические механизмы, что и у лиц после воздействия менее серьезных, «нормальных» стрессоров. И в том, и в другом случае в то время как успешная адаптация сопровождается восстановлением нормального гомеостатического равновесия, патологическая адаптация может привести к состоянию равновесия, являющегося, хотя и устойчивым, но все же значительно отличающимся от нормальных нейробиологических стандартов состояния.

Mc Ewen [43] назвал такое патологическое равновесие аллостазисом («allostasis»), а Yehuda [81] привел доказательства присутствия аллостатического равновесия в гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной системе (НРА) у пациентов с ПТСР. В своих исследованиях Zigmond [85] изучал специфические изменения норадренергической системы гиппокампа при ПТСР и выдвинул предположение, что эти изменения отвечают за посттравматическую «эмоциональную память».

Задействованные в процессе развития психического напряжения при ПТСР эксцитатные и супрессорные аминокислотные системы были описаны в 1995 г. Hoger и Roth [29]. Stout S.C. и соавт. [73] выделили нейропептиды, играющие пусковую роль в процессе психического напряжения при ПТСР (адренкортикотропный гормон, нейропептид Y и нейротензин).

Механизмы воздействия психического напряжения на память были рассмотрены в работе Gold, P.E. [23], а Deuth A. Y. и Young, C.D. [15] представили модель стессиндуктивной активации префронтальных кортикальных допаминергических систем, имеющих импликацию как для подкорковых, так и для кортикальных процессов. Michelson и соавт. [53] представили модель возможных результатов психического напряжения на оси гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной системы, имеющей значение не только для ПТСР, но и для психогенных психических расстройств вообще, а Mason, J.W. и соавт. [42] описали изменения в функциях щитовидной железы, проявляющихся исключительно при ПТСР. Рядом авторов [27, 77] были рассмотрены возникающие в результате острого и хронического ПТСР иммунодефицитные состояния.

Friedman и Yehuda [21] в своей работе рассмотрели психиатрический коморбид (comorbidity), феноменологические сходства и отличия между ПТСР и тремя другими нарушениями - генерализованным депрессивным расстройством, паническим расстройством и общим тревожным расстройством, часто сопутствующими ПТСР.

В области фармакотерапии ПТСР мнения авторов носят противоречивый характер. Frank, J.B [18] отме-

чал, что в результате 8-недельного лечения ингибиторами МАО и трициклическими антидепрессантами пациентов с ПТСР были достигнуты значительно лучшие результаты, чем при использовании плацебо. Reist и соавт [63], напротив, не находят никаких различий в использовании трициклических антидепрессантов и плацебо.

Из наиболее популярных в последние годы препаратов выбора при ПТСР следует назвать карбамазепин, фенелзин, проранолол и флуоксетин [44, 78].

Нейробиологические основы психофармакотерапии ПТСР были рассмотрены в работе Friedman и соавт. [20]. Авторы отметили сверхсильное действие трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы при ПТСР, объясняя это выборочным перепоглощением препарата серотонинергическими рецепторами.

В настоящее время существует гипотеза, что ПТСР сопутствуют расстройства в ряде биологических систем организма человека. Это возбуждение центральной и периферической симпатической нервной системы, изменения в гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной системе.

В странах Запада проводились многочисленные исследования по изучению изменений потенциалов головного мозга [58], адренергического эффекта при изменениях реактивности вегетативной нервной системы [45, 56]. В результате исследований Hammer и соавт. [26] было обнаружено повышение в плазме крови у больных ПТСР допамина в состоянии покоя и МНПГ после стимулирования травматических воспоминаний. В исследованиях ряда авторов было описано уменьшение в крови больных ПТСР ветеранов Израильско-Ливанской и Вьетнамской войн альфа-2-тромбоцитов [41, 59]. Было отмечено, что эти изменения происходят несмотря на неизменную концентрацию в крови хлорида алюминия и простагландина E-1. В указанных исследованиях так же отмечался тот факт, что у пациентов с паническим расстройством, в отличие от больных ПТСР, изменения касаются не альфа- и бета-2 рецепторов тромбоцитов, а алюминий-адренергических рецепторов.

При изучении изменений в гипоталамо-питуитарно-адренкортикотропной системе было найдено снижение кортизола в моче и крови у больных с ПТСР [26, 83], хотя ряд исследователей [28] никаких различий в уровне кортизола у больных ПТСР и у здоровых ветеранов войн не находят.

Smith, M.A. [72] указывает на идентичность изменения концентрации адренкортикотропного гормона у больных ПТСР, генерализованной депрессией, паническим расстройством и нервной анорексией. Сходство в нейроэндокринных изменениях при генерализованном депрессивном расстройстве и ПТСР отмечают так же Halbreich и Olivera [25, 56], проводившие дексаметазоновый тест у больных указанного профиля. Несмотря на наличие такого сходства, следует отметить, что при ПТСР уровень тестостерона в крови повышается, в отличие от генерализованного депрессивного расстройства, при котором имеет место значительное снижение его концентрации [42].

Интересные исследования дисфункции опиоидной системы у больных ПТСР были проведены в конце 80-х годов [60]. Hoffman и соавт [28] обнаружили снижение уровня эндорфинов в плазме крови больных

ПТСР, высказав предположение, что хроническое истощение опиоидных соединений может являться одним из факторов, определяющих клиническую картину ПТСР.

Таким образом, хотя исследования нейробиологических аспектов ПТСР и проводятся на высоком уровне, до сих пор нет ответов на целый ряд концептуальных вопросов: каковы истинные различия между нейробиологическим ответом на «экспериментальное» напряжение и ПТСР, что рассматривать как «нормальное», а что как «травматическое» напряжение, какие невральные механизмы являются наиболее специфическими для ПТСР, является ли верной аллостатическая концепция ПТСР.

Как это не может не показаться парадоксальным, но по данным ряда авторов [11] около 50% жертв насилия отмечают положительный эффект психотравмы, включающий в себя улучшение самопонимания, снижение стереотипности поведения, увеличение активности, хотя есть сведения [71], что только 20% изнасилованных женщин отмечали какие-либо положительные психологические результаты.

Более 90% вьетнамских ветеранов чувствовали положительные эффекты пребывания в экстремальных ситуациях. К этим эффектам относятся и повышение воинского мастерства, и ощущение чувства собственного достоинства, самоуважения, развития командирских способностей [72].

Очевидно, что далеко не все личности испытывают положительные результаты от воздействия психотравмы. Roth и Lebowitz [66] доказывают, что кровосмешение может быть особенно травматичным, т.к. уничтожает сам базис чувства доверия. Тем не менее способность ощущать положительные моменты в психотравмирующей ситуации может помочь грядущей адаптации. Kahana, Herel и соавт. [32] отмечают, что среди оставшихся в живых жертв Холокоста, те, кто находили положительные нюансы в наличии пережитого опыта, имеют меньшее количество психологических отклонений.

#### **РЕЗЮМЕ**

Таким образом, подводя итог изложенному материалу, необходимо отметить, что несмотря на наличие большого количества проводимых на высоком научно-техническом уровне исследований, затрагивающих глубинные эпидемиологические, патогенетические и клинико-этиологические механизмы ПТСР, в современной психиатрии до настоящего момента нет единого мнения в вопросе распространенности ПТСР, основных predisponирующих факторов, механизме прямого и обратного развития этих расстройств. Дополнительные прицельные исследования необходимы так же в отношении профессиональных групп, чья деятельность связана с пребыванием в ситуациях экстремального характера.

*Омелянович В.Ю.*

## **ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У СУЧАСНІЙ ПСИХІАТРІЇ ЧАСТИНА II**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького.

В II частині статті наведено продовження широкого огляду наукової літератури, присвяченого дослідженню проблеми посттравматичного стресового розладу. Розглянуті багаті дані результатів студіювання нейробиологічних та біохімічних аспектів ПТСР, факторів, що спричиняють розвиток цього розладу. Особливу увагу звернуто до докладного опису та критичного аналізу сучасного клінічного, психологічного та психофізіологічного підходів до вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу у вітчизняній та західній психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 115-122)

*Omelianovich V.U.*

## **POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PROBLEM IN MODERN PSYCHIATRY. PART II**

Donetsk State medical University by M.Gorky.

In the II part of the article the wide review continuation of scientific literature, devoted to posttraumatic stress disorder problem research is given. The wide results of neurobiological PTSD aspects researches are considered. Special attention is devoted to detail description and critical analysis of modern clinical, psychological and psychophysiological approaches to PTSD problem investigation in domestic and western psychiatry. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 115-122)

### *Литература*

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.-М., 1993.
2. Вострокнутов Н.В. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 368-369.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд. М., 1995.
4. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В.// Военно-медицинский журнал. Т. 318., С. 22-26. М. - 1997.
5. Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child

- abuse and neglect. // American Journal of Psychiatry, -1994,-N 151, -P.1132-1136.
6. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.N., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. & Keane, T.M. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. // Behavior Therapist, -1990, N 18,-P. 187-188
7. Blanchard, E.B. Elevated basal levels of cardiovascular responses in Vietnam veterans with PTSD: A health problem in the making? // Journal of Anxiety Disorders, -1990, N 4, -P.233-237.
8. Blanchard, E.B., Hickling, E.J. & Taylor, A.E. The

- psychophysiology of motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder. // *Biofeedback and Self-Regulation*, -1991, N 16, -P.449-458.
9. Blanchard, E.B., Kolb, L.C. & Prins, A. Psychophysiological responses in the diagnosis of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. // *Journal of Nervous and Mental Disease*, -1991, N 179, -P.99-103.
10. Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. Startle reflex modification: Emotion or attention? *Psychophysiology*, -1990, N 27, -P.513-522.
11. Burt, M.R., & Katz, B.L. Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. // *Journal of Interpersonal Violence*, -1987, N 2, -P.57-81
12. Cohen, S., Kessler, R.C., & Gordon, L.U. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.- 1995.
13. Cook, E.W., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N., McNeil, D.W. & Lang, P.J. Emotional imagery and the differential diagnosis of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1988, Vol. 56,-P.734-740.
14. Davidson, J.R.T. & Foa, E.B. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1991, N100, -P.346-355.
15. Deutch, A.Y. & Young, C.D. A model of the stress-induced activation of prefrontal cortical dopamine systems: Coping and the development of post-traumatic stress disorder. -1997,-P. 163-175.
16. Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., & Freedy, J.R. A review of the «Potential Stressful Events Interview»: A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors. *The Behavior Therapist*, -1994, N 17, P. 66-67
17. Foa, E.B., Feske, U., Murdock, T.B., Kozak, M.J. & McCarthy, P.R. Processing of threat-related information in rape victims. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1991, N 100,-P.156-162.
18. Frank, J.B., Kosten, T.R., Giller, E.L., & Dan, E. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder.// *American Journal of Psychiatry*, -1988, N 145, -P.1289-1291.
19. Friedman, Charney, & Deutch \Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to Post-Traumatic Stress Disorder, 1995.
20. Friedman, M.J. & Southwick, S.M. Towards pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. -1997,-P. 465-481.
21. Friedman, M.J. & Yehuda, R. Post-traumatic stress disorder and comorbidity: Psychobiological approaches to differential diagnosis. -1997,-P. 429-445
22. Gerardi, R.J., Blanchard, E.B. & Kolb, L.C. Ability of Vietnam veterans to dissimulate a psychophysiological assessment for post-traumatic stress disorder. // *Behavior Therapy*, -1989, N 20, -P.229-243.
23. Gold, P.E. & McCarty, R.C. Stress regulation of memory processes: Role of peripheral catecholamines and glucose. -1997,-P. 151-162.Goodyer I.M. // *Eur. Child Adolesc. Psychiatr.* - 1993. - Vol. 1. - P. 94-112.
24. Goodyer I.M. // *Eur. Child Adolesc. Psychiatr.* - 1993. - Vol. 1. - P. 94-112.
25. Halbreich, U., Olympia, J., Glogowski, J., Carson, S., Axelrod, S., & Yeh, C.M. The importance of past psychological trauma and pathophysiological process as determinants of current biologic abnormalities. [Letter to the editor]. // *Archives of General Psychiatry*, -1988, N45, -P.293-294.
26. Hamner, M., Diamond, B., & Hitri, A. Plasma catecholamine response to exercise in PTSD. New York City. - 1990.
27. Heninger, G.R. Neuroimmunology of stress. -1997,-P. 381-401.
28. Hoffman, L., Burges Watson, P., Wilson, G., & Montgomery, J. Low plasma  $\beta$ -endorphin in post-traumatic stress disorder. // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, -1989, N 23, -P.269-273.
29. Horger, B.A. & Roth, R.H. Stress and central amino acid systems. -1998.-P. 61-81.
30. Jordan B. K., Schlenger W.E., and all. // *Arch/ gen Psychiatr.* - 1991. - P. 207-215.
31. Kardiner, A. & Spiegel, H. War stress and neurotic illness. New York: Paul B. Hoeber. 1947.
32. Kahana, B., Harel, Z. & Kahana, E. Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. In J.P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum.- 1988, -P. 171-192.
33. Kaspi, S.P., McNally, R.J. & Amir, N. Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder. // *Cognitive Therapy and Research*, - 1995,N 19, P.319-330
34. Karen E. Krinsley, PhD and Frank W. Weathers, PhD *The Assessment Of Trauma In Adults National Center For PTSD and Boston VAMC Tufts University School of Medicine, PTSD Research Quarterly, Volume 6, Number 3, Summer 1995.*
35. Keane, T.M., Malloy, P.F. & Fairbank, J.A. Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, - 1984, N 52, -P. 888-891
36. 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 Consulting and Clinical Psychology*, -1988,N 56, -P.85-90
37. Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J.M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. // *Psychological Assessment*, -1989, N1, -P.53-55.
38. Kentsmith D. K. // *Aviat. Space Environ. Med.* - 1980. - Vol. 51, N 4. - P. 409-413
39. 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
40. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Hough, R.L., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: Prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychological Assessment*. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1991, N 3, -P.547-560.
41. Lerer, B., Bleich, A., Bennett, E.R., Ebstein, R.P., & Balkin, J. Platelet adenylate cyclase and phospholipase C activity in posttraumatic stress disorder. // *Biological Psychiatry*, -1990, N 27, -P.735-740. American Psychiatric Association Meeting, New York City.
42. Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Bremner, J.D., Riney, S.J., Lubin, H., Johnson, D.R., Southwick, S.M., & Charney, D.S. Some approaches to the study of the clinical implications of thyroid alterations in post-traumatic stress disorder. -1997.-P.367-379.
43. McEwen, B.S. Adrenal steroid actions on brain: Dissecting the fine line between protection and damage. -1998, -P. 135-147.
44. McDougle, C., Southwick, S., St. James, R., & Charney, D. An open trial of fluoxetine. Paper presented at the American Psychiatric Association Meeting, New York City.- 1990.
45. McFall, M.E., Murburg, M.M., Ko, G.N. & Veith, R.C. Autonomic responses to stress in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. // *Biological Psychiatry*, -1990, N 27, -P.1165-1175.
46. McFall, M.E., Smith, D.E., Mackay, P.W. & Tarver, D.J. Reliability and validity of Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Assessment*. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1990, N 2,-P. 114-121.
47. McNally, R.J., Kaspi, S.P., Riemann, B.C. & Zeitlin, S.B. Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1990,N 99, -P.398-402.
48. McNally, R.J., Litz, B.T., Prassas, A., Shin, L.M. & Weathers, F.W. Emotional priming of autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, -1994,N8, -P.351-367.
49. McNally, R.J., Luedke, D.L., Besyner, J.K., Peterson, R.A., Bohm, K. & Lips, O.J. Sensitivity to stress-relevant stimuli in posttraumatic stress disorder. // *Journal of Anxiety Disorders*, -1987, N 1, P.105-116.
50. McNally, R.J. Self-representation in post-traumatic stress disorder: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 71-91). New York: Guilford Press.- 1993
51. McNally, R.J. & Shin, L.M. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. // *American Journal of Psychiatry*, -1995, N 152, -P.936-938.
52. McNeil, D.W., Vrana, S.R., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. motional imagery in simple and social phobia: Fear versus anxiety. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1993, Vol. 102, -P.212-25.
53. Michelson, D., Licinio, J., & Gold, P.W. Mediation of the stress response by the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. - 1997,P. 225-238.
54. Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, - 1992, N 180,-P. 111-116.
55. Nissen G. // *Acta paedopsychiatr.* - 1981. - Vol. 46, N 5 - 6. - P.275-284.
56. Olivera, A.A. & Fero, D. Affective disorders, DST, and treatment in PTSD patients: clinical observations. // *Journal of Traumatic Stress*, -1990, N 3, -P.407-414.
57. Orr, S.P., Pitman, R.K., Lasko, N.B. & Herz, L.R. Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in World War II and Korean combat veterans. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1993, N 102, -P.152-159.
58. Paige, S.R., Reid, G.M., Allen, M.G., & Newton, J.E.O. Psychophysiological correlates of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. // *Biological Psychiatry*, -1990, N 27, P.419-430.
59. Perry, B. Adrenergic receptors in child and adolescent

- PTSD. Paper presented at the American Psychiatric Association Meeting, New York City.- 1990
60. Pitman, R.K., Van Der Kolk, B.A., Orr, S.P., & Greenberg, M.S. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. // *Archives of General Psychiatry*, -1990, N47, P.541-544.
  61. Pitman, R.K., Orr, S.P., Forgue, D.F., Altman, B., De Jong, J.B. & Herz, L.R. Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. // *Journal of Abnormal Psychology*, -1990, N 99, -P.49-54.
  62. Quarantelli E.L., Dynes R.R.// *Amer. Rev. Soc.* - 1977. - Vol. 3. - P. 23-49.
  63. Reist, C., Kauffmann, C.D., Haier, R.J., Sangdahl, C., Demet, E.M., Chicz-Demet, A., & Nelson, J.N. A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder.// *American Journal of Psychiatry*, -1989, N 146, -P.513-516.
  64. Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., & Lipovsky, J.A. Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment*, -1991, N 3, -P.561-572.
  65. Resnick, H.S., Falsetti, S.A., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J.R. Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In T.W. Miller (Ed.), *Stressful life events*. Madison, CT: International Universities Press.- 1997.
  66. Roth, S. & Lebowitz, L. The experience of sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, -1988, N 1, -P.79-107.
  67. Sanders, B. & Becker-Lausen, E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect*, -1995, N19, -P.315-323.
  68. Saunders, B.E., Arata, C.M. & Kilpatrick, D.G. Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised. // *Journal of Traumatic Stress*, -1990, N 3, -P.439-448
  69. Shalev, A.Y., Orr, S.P. & Pitman, R.K. Psychophysiological assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder. // *American Journal of Psychiatry*, -1993,-Vol.150, -P.620-624.
  70. Shepard, M.F. & Campbell, J.A. The Abusive Behavior Inventory: A measure of psychological and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, -1992, N 7, -P. 291-305.
  71. Silver, R.L., Boon, C. & Stones, M.H. Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. // *Journal of Social Issues*, -1983, N 39, P.81-102.
  72. Smith, M.A., Davidson, J., Ritchie, J.C., Kudler, H., Lipper, S., Chappell, P., & Nemeroff, C.B. The corticotropin-releasing hormone test in patients with posttraumatic stress disorder. // *Biological Psychiatry*, -1989, N 26, -P.349-355.
  73. Stout, S.C., Kilts, C.D., & Numero, C.B. Neuropeptides and stress: Preclinical findings and implications for pathophysiology. -1998-P. 103-123.
  74. Vrana, S.R., Roodman, A. & Beckham, J.C. Selective processing of trauma-relevant words in posttraumatic stress disorder. // *Journal of Anxiety Disorders*, -1997, N3, P.12-15.
  75. Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T. & Anderson, P.E.D. The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III based technique. // *Journal of Clinical Psychology*, -1991, N 47, -P.179-188.
  76. Weil F. // *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*. - 1985. - Vol. 10, N 1. - P. 53-55.
  77. Williams, R.B. Somatic consequences of stress. -1997,-P. 403-412.
  78. Wolf, M.E., & Mosnaim, A.D. Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press.- 1990.
  79. Wyatt, G.E., Guthrie, D. & Notgrass, C.M. Differential effects of women's child sexual abuse and sub-sequent sexual revictimization. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, -1992, N 60, -P.167-173.
  80. Wyshak, G. The relation between change in reports of traumatic events and symptoms of psychiatric distress. *General Hospital Psychiatry*, -1994, N 16,- P. 290-297.
  81. Yehuda, R., Giller, E.L., Levengood, R.A., Southwick, S.M., & Siever, L.J. Hypothalamic-pituitary-adrenal functioning in post-traumatic stress disorder: Expanding the concept of the stress response spectrum. -1998,-P. 351-365.
  82. Yehuda, R., Keefe, R.S.E., Harvey, P.D., Levengood, R.A., Gerber, D.K., Geni, J. & Siever, L.J. Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. // *American Journal of Psychiatry*, -1995, N 152, -P.137-139.
  83. Yehuda, R., Southwick, S.M., Nussbaum, G., Wahby, V., Giller, E.L., & Mason, J.W. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. // *Journal of Nervous and Mental Disease*, -1990, N178, -P.366-369.
  84. Zander, J.R. & McNally, R.J. Bio-informational processing in agoraphobia. // *Behaviour Research and Therapy*, -1988, N 26, -P.421-429.
  85. Zigmond, M.J., Finlay, J.M., & Sved, A.F. Neurochemical studies of central noradrenergic responses to acute and chronic stress: Implications for normal and abnormal behavior. -1998,-P. 45-60.

Поступила в редакцию 4.12.2000г.

*Ф.Р.Вуль, Л.И.Вуль*

## ЭМИГРАНТСКИЙ СИНДРОМ

В философском и культурно-политическом журнале “Зеркало загадок” (Берлин) публикуется статья проживающего в Германии донецкого врача Ф.Р.Вуля, посвященная проблемам эмиграции в зарубежье. Эта же тема продолжена и в дальнейших разработках совместно с Л.И.Вуль – в аспекте личностного и общественного самосознания, уровня ноосферы, психопатологических оценок.

Работа выполнена в форме “записок” и не претендует на методологическую безупречность и строгость научного подхода. Это скорее размышления, впечатления, оценки социальных судеб огромного пласта народной жизни, именуемого эмиграцией. И, что особенно важно, оценки квалифицированных психопатологов, впервые профессионально ставящих вопросы адаптации и выживания за рубежом.

“Социальное самочувствие” эмигранта, анализируемое в добротной статье Нелли Фрейнкман (“Зеркало загадок”, 1997, №6, 7), складывается из оценки эмоциональной сферы личности в ее самовосприятии и, по ее же оценке, в восприятии окружающих.

Деление на группы, “волны” и другие признаки эмигрантской психологической эволюции для психопатолога неприемлемо: психическим заболеваниям, как любви, покорны все. Вопрос места, времени, выбора судьбы – “почвы”, на которой вырастает психопатология. Если уж говорить о дефинициях, то лишь в плане выраженности тех или иных признаков, симптомов.

Есть, однако, общие построения психиатрической семиотики, и их толкование может помочь разобрать завалы, нагромождения неструктурированных, непонятных и потому патогенных состояний в душе эмигранта.

Принудительная, вынужденная или волеизъявленная перемена страны (стран) проживания, разрубленная или разорванная система уклада жизни, стереотипов, ценностей, надежд, планов в аспекте психопатологии ведут к тонким, “бессимптомным” изменениям в представлениях психического возраста. Начало “новой жизни” знаменуется – помимо всего – переменами в восприятии прошлого времени в сравнении с текущим и ощущением себя во времени. Иногда человек чувствует себя полным сил, помолодевшим “на сто лет”, активным. Чаше у эмигранта возникает все подавляющее ощущение старо-

сти – осознание глубокого возраста, пройденности всех этапов жизни и ее неминуемого окончания. “Активисты” первой группы нередко скоро увядают, оптимистическая тональность самовосприятия сменяется “похмельной”, и они, не замечая или осознавая, переходят во вторую группу.

И здесь, конечно, главный вопрос – занятость, компенсирующий отрицательные самоощущения фактор. Бегство в работу – понятие уже психиатрическое, описанное в руководствах и справочниках. Некомпенсируемость ситуации ведет еще к одному “бегству” – в болезнь, в поиски и выявление признаков как телесной, так и психической патологии, особенно в контингенте людей тревожно-мнительных, сензитивных, чувствительных.

В обывательском контингенте, в массовой среде эмиграции всех “волн” и поколений люди, пройдя через посудомоечные труды, бензозаправки, портовые разгрузки и расклеивание реклам, так и не нашли радости и счастья. Случайная и нетворческая работа душе отдыха не дала – только отвлечение и средства к ущербному существованию. Сейчас нет и этого: безработица съедает надежды, а перечисленные выше занятия становятся престижными даже больше, чем, к примеру, программирование или экономика, особенно наша, “кондовая”.

У людей творческих, живущих литературным трудом ситуация утяжеляется – без ответа, без читателя и слушателя, для работы в стол, под

сукно или в корзину нужна железная воля или неистовый талант. Это дано не каждому.

И тогда начинается психическое самоедство, жевание-пережевывание тем, событий, оценки заново фактов, которые были или могли быть. Мазохизм души ищет и находит выход: меняется и странно молодеет психика, на смену мужественности, закаленности приходят пуэрильность с пустыми реакциями протеста, истерическим, нарочитым поведением, психической хрупкостью. Конечно, это уже из области невротических расстройств: нарушения сна, эмоциональная лабильность, неустойчивость, снижение настроения – все мерцает и все плохо.

Следует отметить и массовую личностную акцентуацию – без соответствующего преморбида, у людей с “нормальной”, здоровой в прошлом психикой.

Диссиденты – одни из самых почитаемых людей страны. Во многом судьба государства (а теперь – государств), необратимое, хотелось бы думать, проникновение свободы в массовое сознание, в непокорность диктату, в сопричастность событиям в мире и “общественное дыхание” произошло благодаря им.

У многих диссидентов снятое напряжение протестного поведения создавало незаполняемый душевный вакуум. Нечто схожее отмечали и Вильгельм Майер-Гросс с соавторами, и Адам Буковчик у освобожденных узников фашистских концентрационных лагерей: инфантилизация психики, ригидность и “психическое окостенение”, возбудимость, экзальтация, адаптационные проблемы. Многие диссиденты по истечении уже многих лет и изменений в окружающей их жизни, уже преодолев границы и океаны, сохраняют поведение лагерных “придурков” и косные тюремные ритуалы.

Обращает внимание при постоянном и длительном общении общее обеднение уровня ноосферы, сужение круга интересов, разнообразия форм интеллектуальной жизни. В схватке с Системой яркость личности делала ее единственной и незабываемой. Здесь – вялой и “неинтересной”.

Общим явлением для большинства эмигрантов становится виктимизация – отвлекающие от адекватной самооценки обвинения других в своих дурных поступках, алкоголизации, неудачах. Главные постулаты в идеологии виктимизации: “А чего ему (ей) можно...”, “А что я, крайний...”, “А почему мне...” и т.д.

И еще один признак – рессентимент, реакция личности на реальную или предполагаемую

угрозу, “опережающая” агрессия, брутальность и аффективная неустойчивость, повышенные претензии, зависть – полный “ящик Пандоры” из нелучших человеческих качеств. (У рессентимента есть и “другое лицо” – бескорыстие, готовность к служению, благотворительность, самоотдача – это отдельная тема).

Творческих людей в эмиграции ожидает, быть может, новая опасность, опасность страшная и, случается, необратимая. Это – интеллектуальная стерилизация. Обилие проблем, тягостное ощущение “одиночества в толпе” и в среде своих близких, непонимание, непризнание, чужой язык и не востребованность – вот коротко факторы, ведущие к утрате творческого потенциала.

И тогда на первый план выступает депрессия, спутница творчества. Депрессивная симптоматика – одна из наиболее постоянных форм психопатологии в эмигрантской среде. Чаше всего это депрессии в рамках невротических: снижение настроения, активности, гнетущее чувство психической тяжести, тоскливость, постоянное ожидание чего-то плохого, “засада со всех сторон”. Анозогнозия депрессивного горя тотальна. Да и идти за помощью часто не к кому и некуда: полное взаимопонимание дорого стоит, дешевое – не нужно.

Обилие переживаний (неустроенность, обиды, ущемление, несправедливость и пр.) неожиданно начинают выстраиваться в “паранояльное каре”, пациенты начинают видеть не разрозненные факты, а с и с т е м у их. Факты, домыслы, события, паралогии приводят к единственному решению: с этим надо бороться. И борьба начинается, утяжелая и без того сложную судьбу эмигранта.

Если вся картина начинается и происходит в возрасте “первого снега” (или “второго”, “третьего”...), то есть тогда, когда определяются сперва инициальные расстройства, на смену паранояльному синдрому приходит бред. Естественно, бредовая идея становится поведением, разрушительным и универсально опасным. Мы сталкивались со случаями, когда параноидный синдром начинался в молодом возрасте, без сосудистых расстройств, но были в обилии реактивные обстоятельства, горе, прозрение.

Такова конспективно семиотика психических расстройств в эмиграции. Эмигрантский синдром скорее метафора, потому что в каждом конкретном случае он складывается из ведущего признака и составляющих. Знать это нужно и самому “переселенцу”, и его окружению – чтобы вовремя помочь, оградить, подложить руки.

Поступила в редакцию 8.09.2000г.

## ИНФОРМАЦИЯ

**65 ЛЕТ КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ ДОНЕЦКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ**

В 1930 г. в г. Сталино открылся медицинский институт, а в 1935 г., когда обучение начало вестись уже на 5-м курсе возникла необходимость преподавания психиатрии. Для решения этой задачи потребовалось не только организация соответствующей кафедры, но и создание психиатрической больницы, которая могла бы послужить для нее базой, так как к тому времени в городе не существовало специализированного стационара. Таким образом, рождение кафедры и базовой клиники было взаимобусловленным и абсолютно одновременным, что заложило традиционную основу сотрудничества коллективов кафедры и больницы. Первым главным врачом Сталинской городской психиатрической больницы, а также заведующим кафедрой психиатрии стал профессор Михаил Александрович Чалисов, который до того в течение 2-х лет приезжал из Харьковского научно-исследовательского психоневрологического института читать курс лекций по медицинской психологии студентам III-IV курсов. Активное участие в организации больницы и кафедры принял один из старейших врачей-психиатров Донбасса Владимир Николаевич Сперанский.

Лечебная работа клиники, разместившейся в 2-х отремонтированных и реконструированных зданиях соматической больницы на Донской стороне (ныне территория областного наркодиспансера), велась с учетом последних научных достижений того времени: проводилась инсулинотерапия шизофрении, лечение продленным сном, прививки лихорадки содоку при прогрессирующем параличе. В образцовой биохимической лаборатории кафедры проводились многообразные исследования нарушений обмена у больных шизофренией. В 1940 году под редакцией проф. М.А. Чалисова вышел первый сборник научных работ психиатрической клиники СМИ, посвященный активной терапии психозов и биохимическим аспектам их патогенеза. В довоенный период на кафедре работали: доц. И.М. Шейкин, ассистенты Д.А. Голубцов, И.М. Вольфсон, А.Г. Троянова, Е.В. Шварцман, клинические ординаторы А.А. Абрамов и Р.И. Каршенбаум, ст. лаборант А.С. Святогор.

С первых же дней Великой Отечественной войны в ряды Красной Армии были призваны А.А. Абрамов (награжден орденами “Красной звезды”, “Отечественной войны” II ст., медалями “За боевые заслуги”, “За победу над Германией”), Р.И. Каршенбаум (награждена орденом “Красной звезды”, медалью “За победу над Германией”). Другие сотрудники были эвакуированы в тыл и работали в военных госпиталях. Основная масса пациентов клиники была эвакуирована в тыл страны, а оставшиеся хронически больные были зверски уничтожены немецкими оккупантами. Имущество кафедры, оборудование биохимической лаборатории и 3000-томная библиотека (включавшая часть эвакуированного во время первой мировой войны библиотеки Виленского университета) были полностью разграблены.

После освобождения Донбасса больница вскоре возобновила свою работу. Ее главным врачом на последую-

щие 11 лет стал А.А. Абрамов, а кафедру в 1944-46 гг. возглавил М.А. Чалисов. Первые послевоенные годы работы кафедры и больницы были очень трудными не только из-за царившей тогда разрухи, но и потому, что приказом МЗО УССР городская психиатрическая больница г. Сталино приобрела статус областной. Возникшая при этом перегруженность отделений весьма затрудняла учебный процесс.

В 1946 г. проф. М.А. Чалисов был переведен во 2-й Московский медицинский институт (в дальнейшем он заведовал кафедрой психиатрии в Минском медицинском институте, а после выхода на пенсию передал всю свою богатую библиотеку по психиатрии библиотеке Донецкой ОПБ).

В 1946-48 гг. должность зав. кафедрой психиатрии оставалась незамещенной, и курс лекций в “уплотненном” варианте читал приезжавший из Киева по приглашению ректората доцент И.А. Мизрухин.

В августе 1948 г. зав. кафедрой был назначен доц. Виктор Михайлович Шпак, возглавлявший кафедру до 1955 г. За этот период была расширена клиническая база кафедры, создана лаборатория высшей нервной деятельности. Изучение особенностей ВНД у больных неврозами, инфекционными психозами, шизофренией, маниакально-депрессивным психозом привели к разработке и внедрению терапии условно-рефлекторным сном, димедролом, индивидуально подобранными дозами брома и кофеина. Разрабатывались также методики лечения с помощью самовнушения в легком гипнотическом сне, ионофорезом никотиновой кислоты. В этот период на кафедру пришли Г.В. Ноценко (в дальнейшем возглавивший кафедру психиатрии в Ивано-Франковске) и Б.Я. Первомайский (в 1960 г. ставший зав. кафедрой в Луганске). При активном участии сотрудников кафедры в тот период были открыты специализированные психоневрологические учреждения в Мариуполе, Горловке, Макеевке, Енакиеве и Константиновке, которые укомплектовывались выпускниками Донецкого мединститута, в основном бывшими членами студенческого научного кружка кафедры.

В 1956 году кафедру возглавил доктор мед. наук Илья Мануйлович Слишко (с 1957 – профессор), известный работами по судорожной терапии шизофрении, малой психиатрии. Активизировалась научная работа сотрудников кафедры и практических врачей. Аспирантуру закончили В.Е. Зборщик (1958-61), В.А. Донцов (1960-63), Р.А. Комиссарова (1960-63), ставшие ассистентами кафедры. Подготовку в клинической ординатуре прошли В.С. Кипкало (1960-62 гг.), Л.И. Осадчая (1962-64), Г.А. Демидион (1962-64). Были выполнены кандидатские диссертации Е.А. Щербиной, В.Е. Зборщик, В.Я. Деордиевой, Р.А. Комиссаровой. Доцент Б.Я. Первомайский в 1961 году защитил докторскую диссертацию, посвященную маниакальным расстройствам. В исследовательской работе кафедры затрагивались вопросы клиники и терапии психозов, неспецифической реактивности организма; работники кафедры активно участвовали в работе республиканских и союз-

ных съездов общества невропатологов и психиатров.

Последние годы профессор И.М. Сливко работал будучи тяжело больным и 31 марта 1964 года он скоропостижно скончался через несколько часов после прочитанной им лекции. В дальнейшем кафедру возглавил Евгений Арсениевич Щербина (с 1955 года - доцент кафедры). В 1965 году в состав кафедры влились ассистенты В.М. Клевсов, И.С. Пуцай (с 1974 - доцент), старший лаборант В.Я. Сабельников. 1967 была досрочно защищена докторская диссертация Е.А. Щербины на тему: “О нарушениях адаптационной функции некоторых анализаторов у больных шизофренией”, а в 1968 году он получает звание профессора. В 1967 году в областной больнице выстроено новый пятиэтажный корпус, что привело к увеличению числа коек (400) и получению кафедрой добавочной площади на первом и пятом этажах. Сотрудники кафедры в этот период активно курируют крупные психиатрические больницы области (Славянская, Горловская, Ждановская). В научную работу кафедры вовлекаются практические врачи-психиатры: под руководством Е.А. Щербины были выполнены кандидатские диссертации врачами Бехтелем Э.Е. (Енакиево), Вулем Ф.Р. (Донецк), Моргулисом А.В. (Енакиево), Агофоновым Е.Г. (Донецк), Фундуковым В.Н. (Мариполь), Вольфогелем Л.С. (Донецк), Мухаевым М.С. (Донецк). По инициативе кафедры областным обществом невропатологов и психиатров проводится ряд межобластных и республиканских конференций с изданием их материалов. В это период активно изучаются функции анализаторов при различных психических заболеваниях.

С 1970 сотрудники кафедры участвуют в разработке научных тем “Клиника, патогенез и терапия пресенильных психозов” и “Реабилитация лиц, получивших производственные черепно-мозговые травмы”. Эта работа завершается выходом в свет трех монографий. Защищена кандидатская диссертация В.А. Абрамовым.

За период с 1964 года под руководством Е. А. Щербины выполнено 12 кандидатских и 2 докторские диссертации.

С 1963 года областную психиатрическую службу возглавил Л.С. Вольфогель, под руководством которого отмечался значительный рост коечной сети, активизация лечебно-реабилитационной работы. Количество психиатров в области приблизилось к 500; кроме большого количества обычных и дневных стационаров в области функционировало более 10 лечебно-производственных мастерских.

В 1973 году было закончено строительство нового типового комплекса областной психиатрической больницы в лесном массиве Куйбышевского района г. Донецка (пос. Победа), рассчитанного на 1100 коек. С тех пор кафедра получила новые просторные помещения для проведения учебного процесса и лекционный зал на 250 мест, а областная больница стала мощным современным лечебным учреждением с функциями организационного, методического и лечебно-консультативного центра областной психиатрической службы.

Тесные контакты между практическими психиатрами и сотрудниками кафедры выливались в многочисленные научные публикации и доклады на межобластных и республиканских конференциях. В это время в больнице успешно работают врачи О.Д. Коваленко, Б.В. Павленко, Л.Я. Лях, В.С. Седнев, Л.И. Осадчая, А.П. Закревский, Е.Г. Кока, Л.Т. Дорошенко.

В 1979 году на кафедре был организован курс цикловых занятий по факультету усовершенствования врачей, а

в 1985 году была создана кафедра психиатрии ФУВ, которую возглавил проф., д.м.н. С.И. Табачников, руководивший ею до 2000 года. Многие сотрудники этой кафедры участвовали в проведении психокоррекционных мероприятий среди ликвидаторов аварии на ЧАЭС в городе Припяти в 1986-1987 гг. После того, как проф. С.И. Табачников возглавил Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии, мед. психологии и сексопатологии ФПО заведует д.м.н., проф. Бабюк И.А. На кафедре плодотворно разрабатываются проблемы психического здоровья ликвидаторов аварии на ЧАЭС, пограничных нервно-психических расстройств, сексологии и сексопатологии, создаются новые методы психотерапии. Повышением квалификации специалистов успешно занимаются д.м.н. С. В. Титиевский, доц. И. Б. Рымарь, доц. С. И. Найденко, асс. Г.Е. Сергеева.

В 1984 – 1995 гг. областную больницу и психиатрическую службу области возглавлял А.А. Писняк, приложивший много усилий для стабилизации уровня профессиональной помощи в резко ухудшающихся социально-экономических условиях.

С 1988 года кафедру возглавляет д.м.н., проф. Владимир Андреевич Абрамов. На рубеже 90-х годов заметно изменяется коллектив кафедры. Ушли на заслуженный отдых доценты В.Е. Зборщик, В.Я. Деордиева, Р.А. Комиссарова, безвременно скончались проф. Е.А. Щербина, доцент С.А. Пуцай. На смену ассистентам Н.А. Ковалеву, Н.Е. Воропаеву, Ю.А. Юсупову, С.Н. Кравцову пришли С.Н. Трофименко, А.К. Бурцев, Д.С. Лебедев, Т.Л. Ряполова, С.Г. Федоренко, Е.М. Выговская.

Спектр научных исследований кафедры обогащается в этот период такими новыми направлениями, как ранняя диагностика, профилактика и реабилитация больных с пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами.

В период с 1987 по 1991 г. кафедрой проводилась масштабная научно-исследовательская и лечебно-оздоровительная работа на одном из крупнейших в СССР промышленных предприятий (Новочеркасском электровозостроительном заводе), направленная на разработку и внедрение комплексной программы “Здоровье”. Целью этой программы было создание многоуровневой системы ранней диагностики и профилактики пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у работников промышленности. Коллективом кафедры (проф. В.А. Абрамовым, доц. С.А. Пуцаем, доц. С.Н. Трофименко, асс. Н.А. Ковалевым, А.К. Бурцевым, Д.С. Лебедевым, ст. лаборантом В.В. Седневым, научными сотрудниками Н.В. Стаценко, С.К. Чечелем и др., при участии сотрудников кафедр физиологии, гигиены, терапии, ЛОР-болезней, а также работников местного здравоохранения был создан Центр психического здоровья, успешно осуществлявший диагностику пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств на донологическом уровне с последующей их коррекцией современными немедикаментозными методами. Научно-исследовательская и практическая работа центра координировалась с деятельностью отдела внебольничной психиатрии Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Ленинград). В дальнейшем опыт, накопленный в ходе этой научно-исследовательской работы был успешно использован на нескольких крупных предприятиях Донбасса, где работали временные творческие коллективы, созданные из сотрудников кафедры (В.А. Абра-

мов, С.А.Пудай, Р.А.Комиссарова) и представителей местного здравоохранения. Полученные данные легли в основу ряда диссертационных исследований и методических рекомендаций. Параллельно с разработкой этой темы осуществлялось многоаспектное изучение деменций позднего возраста, изучение сомато-психических соотношений при кардиальной патологии и заболеваниях почек.

В 1994 году была защищена кандидатская диссертация ассистентом А.В. Абрамовым о нейрофизиологических механизмах болезни Альцгеймера. В 1997 году ассистентами А.К. Бурцевым и Д.С. Лебедевым были защищены кандидатские диссертации, посвященные проблемам промышленной психиатрии, ассистентами Т.Л. Ряполовой и С.Г. Федоренко, по проблемам биохимии и иммунологии прогрессирующих деменций.

Осуществляется исследование социальных предикторов общественно-опасных действий психических больных, влияния длительного принудительного лечения на агрессивность больных (асс. С.Г. Пырков, доц. А. К. Бурцев).

Доцент Ряполова Т.Л. успешно разрабатывает проблемы семейной реабилитации больных прогрессирующими деменциями. Доцентом Вольтфогелем А.Л. опубликован ряд интересных материалов относительно резидуально-органических расстройств у детей и подростков. Вопросы наркологии успешно разрабатываются на кафедре доцентом Лебедевым Д.С. Доцентом Бурцевым А.К. ведется исследовательская работа в области пограничной психиатрии, направленная на изучение патогенетической роли алекситемии.

Важнейшим аспектом профессиональной деятельности сотрудников кафедры является учебно-методическая работа. Реализуя принципы програмно-целевого обучения, принятого в ДонГМУ, коллектив кафедры проводит обучение по курсам медицинской психологии и психиатрии с ориентацией на выработку практических навыков и умений. Для этого разработано и внедрено в преподавание около десяти учебных пособий, издан сборник лекций. Планируется также издание новых пособий, ориентированных на МКБ-10.

Лечебно-диагностическая работа кафедры разворачивается в тесном взаимодействии со специалистами областной психиатрической больницы. Для молодых ассистентов кафедры особенное значение имеют совместные разборы больных с такими опытными врачами больницы как И.А. Антонович, Е.Н. Симоненко, А.А. Писняк, д.м.н М.П. Боро, Л.П. Донцова, А.А. Обметица, М.Б. Доценко, Л.Н. Магилат.

С 1995 года областную психиатрическую больницу возглавляет А.С. Сницаренко. В сложных социально-экономических условиях в больнице прилагаются усилия сохранить наработанный ранее потенциал оказания квалифицированной психиатрической помощи; с активным участием АПУ предпринимаются усилия по проведению международных мероприятий лечебно-реабилитационного плана (проводятся циклы арттерапии, конференции, в т.ч. с международным участием).

В последние годы больница лишилась материальной базы для осуществления крайне необходимой социально-трудовой реабилитации, ее восстановление является одной из основных текущих задач.

Одним из главных и закономерных достижений кафедры психиатрии ДонГМУ стало создание в 1995 году первого в Украине научно-практического “Журнала психиатрии и медицинской психологии”, включенного в список ВАК. Редактируемый проф. В. А. Абрамовым журнал стал эффективным проводником в психиатрическую практику современных концепций и идей реформирования отрасли, новейших достижений отечественной и зарубежной науки. Журнал получил высокую оценку АПУ и широкой психиатрической общественности в странах СНГ.

В течение последних двух лет кафедра активно занимается проблемами реформирования отечественной психиатрии. Одним из его направлений рассматривается переход на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра. На кафедре разработаны методологические основы и программы обучения навыкам использования новой классификации в практическом здравоохранении. В 2000 году были подготовлены и опубликованы монографии “Реформирование психиатрии в Украине”, “Психиатрия как объект социальной политики государства”, “МКБ-10: Руководство по использованию в клинической практике”, “МКБ-10: диагностика психических расстройств (теория и методические основы обучения)”, “МКБ-10: теория и практика психиатрии”, “Болезнь Альцгеймера”. Перечисленные монографии являются существенным вкладом в дело научно-обоснованного применения МКБ-10 психиатрами Украины.

Кафедрой регулярно проводятся межрегиональные научно-практические конференции: в 1998 и 2000 гг. на базе Донецкой и Ждановской ОПНБ по вопросам реформирования психиатрии, качества жизни пациентов, принудительного лечения психически больных и другим актуальным проблемам терапии и диагностики в психиатрии. Совместно с главным психиатром управления здравоохранения Донецкой области администрацией доц. В.Г. Черкасовым и оргметодотделом ОПБ (С.Т. Беседин) осуществляется работа по созданию наиболее оптимальной в сложившихся условиях региональной модели организации психиатрической помощи. Совместно с областной психиатрической МСЭК разрабатывается структура функционального психиатрического диагноза применительно к международным диагностическим стандартам.

11-16 декабря 2000 г. кафедрой в г. Славянгорске была проведена международная школа-семинар по вопросам использования МКБ-10 в клинической практике; более 40 психиатров из 15 областей Украины получили сертификаты о базовом обучении МКБ-10.

За последние годы сотрудниками кафедры защищены 5 кандидатских диссертаций. Запланированы и выполняются еще 5 кандидатских и 3 докторские диссертации.

Кафедра имеет творческие профессиональные контакты с Институтом неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Украинским НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, Ассоциацией психиатров Украины, многими кафедральными коллективами и специализированными лечебными учреждениями.

Вступая в новый век коллективы кафедр психиатрии и Донецкой ОПБ выражают уверенность в дальнейшем приумножении успехов своей профессиональной деятельности в масштабах региона и всей Украины.

*В.А. Абрамов  
А.К. Бурцев  
Л.С. Вольтфогель*

## 1-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ШКОЛА-СЕМИНАР “МКБ-10 – МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ”

Школа-семинар проведена 11-16 декабря 2000 г. в г.Славяногорске (Донецкая область) на базе санатория “Святые горы”. Основными организаторами школы были Минздрав Украины, Ассоциация психиатров Украины, Донецкий государственный медицинский университет и лечебно-диагностический центр “Нейроген”.

Участниками школы-семинара были ректор Донецкого медуниверситета академик АМН Украины проф. В.Н.Казаков, главный психиатр Минздрава Украины проф. А.К.Напреенко, президент АПУ проф. В.Н.Кузнецов, председатель проблемной комиссии “Психиатрия” профессор В.С.Подкорытов, представители академической психиатрии, организаторы здравоохранения, практикующие врачи-психиатры из 15 областей Украины.

**Тематика школы включала следующие разделы:**

1. Всемирное и общегосударственное значение МКБ-10.
2. Методология и международные стандарты диагностики психических расстройств.
3. Стратегия и организация внедрения МКБ-10 в клинической практике.
4. Обучение использованию МКБ-10.

Всего прочитано 34 лекции, проведено обсуждение нормативных документов, регламентирующих подготовку специалистов-психиатров и наркологов. Участники семинара имели возможность приобрести книги по вопросам внедрения МКБ-10 в клиническую практику:

1. Реформирование психиатрии в Украине. Монография. 2000 г.
2. Психиатрия как объект социальной политики государства.
3. Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике. 2000 г.
4. МКБ-10: диагностика психических расстройств (теория и методические основы обучения). Монография. 2000 г.
5. МКБ-10: теория и практика психиатрии 2000г.

Открыл школу-семинар главный психиатр Минздрава Украины, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Украинского национального медицинского университета профессор А.К.Напреенко. В своей лекции он показал огромное значение законодательной базы при оказании психиатрической помощи, а также важность разработки концепции развития охраны психического здоровья в Украине. Были, в частности, освещены также направления концепции как идеология развития психиатрической помощи, ее правовое обеспечение и организационные аспекты, особенности мониторинга психического здоровья населения, кадровой политики в области психического здоровья, а также цель и основные направления научных исследований в этой области. В качестве важнейшего аспекта реформирования психиатрической помощи отмечена необходимость перехода украинских

психиатров на новую диагностическую систему.

Вступительная лекция профессора В.А.Абрамова была посвящена различным аспектам психиатрии как объекта социальной политики государства. На концептуальном уровне и применительно к клинической практике показана роль различных ветвей власти в решении проблем охраны психического здоровья и психиатрической помощи. С этих позиций дан критический анализ административно-управленческих, морально-этических и правовых подходов к организации медицинского обслуживания, социальной реабилитации и социальной защиты психически больных. Показана роль государства в реформировании психиатрии, аргументированно изложена целесообразность отнесения психиатрии к приоритетным сферам социальной политики.

Лекция профессора А.К.Напреенко “Состояние и пути реформирования психиатрической помощи в Украине” была посвящена общеевропейским стандартам реформирования применительно к экономическим условиям в нашей стране. Отмечено необходимость совершенствования альтернативных форм внебольничной помощи, реабилитационного направления и правового регулирования психиатрической помощи.

В лекции “Таксономическое и концептуальное значение МКБ-10” проф. В.А. Абрамов (г.Донецк) проинформировал слушателей об истории создания МКБ-10, ее структуре и структуре главы V, порядке кодирования, версиях МКБ-10, сферах клинического использования классификации. Показаны международное значение МКБ-10, общеевропейский стандарт внедрения, успешность которого во многом определяется международным сотрудничеством психиатров и работой центров обучения. Обращено внимание на актуальность МКБ-10 и в то же время глубокий контекстуальный смысл, делающий возможной идентификацию психических расстройств на основе единых операциональных диагностических критериев.

В лекции “МКБ-10 – методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии” проф. В.А. Абрамов обратил внимание на то, что при адекватном использовании МКБ-10 открываются возможности для овладения психиатрами методом нормативного (био-психосоциальным) подходом к проблемам пациента, для гуманизации психиатрической помощи, создания устойчивой основы для социальной интеграции пациентов и интеграции системы охраны психического здоровья в мировое сообщество.

Сущность новых диагностических подходов в связи с использованием в психиатрии МКБ-10 была показана в лекции “Диагностика психических расстройств в контексте МКБ-10” ( проф. В.А.Абрамов, г.Донецк). Отмечено, что международный стандарт психиатрической диагностики состоит из определенных дефиниций и операциональных описаний, а главным его компонентом является диагностический алгоритм, что

позволяет при достоверном выявлении клинических признаков (симптомов) приходиться к одинаковым диагностическим заключениям. Приведены существенные различия диагностических технологий МКБ-9 и МКБ-10, что ориентирует на определенную коррекцию клинического мышления врача-психиатра.

В сообщении профессора В.Н.Кузнецова (Киев) приведены данные о том, что в отраслевом статистическом отчете о психиатрической помощи в Украине количество диагностических рубрик во много раз меньше, чем в “Клинических описаниях и указаниях по диагностике”, что свидетельствует о формальном “перекодировании” диагнозов и не дает представления об истинной распространенности или заболеваемости психическими расстройствами. Показана роль Ассоциации психиатров Украины в распространении среди украинских психиатров “Клинических описаний и указаний по диагностике” (Зеленая книга), “Исследовательских диагностических критериев (ИДК)” и других книг “семейства” МКБ-10. Представлена информация о трех предаттестационных циклах на кафедре психиатрии Киевской медицинской академии последиplomного образования, которые проводились в контексте использования МКБ-10, об отсутствии единой системы обучения МКБ-10, в том числе по причине отсутствия значительной части материалов “семейства” МКБ-10 в Украине. Лектор обратил внимание, что многие врачи в большинстве областей нашей страны не знакомы с литературой, распространяемой АПУ, поэтому психиатрическая диагностика осуществляется с помощью транслейторов без понимания сущности МКБ-10. В заключение была высказана мысль о важности специального обучения использованию Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

В лекции доцента О.А.Насинника (г.Киев) “МКБ-10 и вопросы профессиональной этики” освещены актуальные для практического здравоохранения вопросы законодательства и международных стандартов психиатрической помощи, проблемы информированного согласия, неотложной и принудительной госпитализации в психиатрический стационар. Показана необходимость развития сети социальных и психологических учреждений, играющих ведущую роль в социальной реабилитации и реадaptации психически больных. Было подчеркнуто, что соблюдению этических норм и правил в отношении данного контингента больных за рубежом способствует внедрение МКБ-10.

Сравнительный анализ классификации психических расстройств МКБ-9, МКБ-10, DSM-IV и инновационные аспекты МКБ-10 были представлены в лекции д.м.н. М.П. Боро (г. Донецк)

Доцент А.К.Бурцев (г.Донецк) в лекции “Первичный опыт клинического использования МКБ-10 в психиатрических учреждениях Донецкой области” ознакомил присутствующих с результатами анкетирования, проведенного среди 68-ми психиатров, работающих как в амбулаторном, так и стационарном звеньях. Целью проведенного анкетирования было изучение обеспеченности психиатров области пособиями и другими источниками по применению МКБ-10, оценка методологии постановки диагноза по новой классификации, влияния МКБ-10 на клиническое мышление специалистов и решение ими практических вопросов. Статистический анализ полученных результатов в конечном итоге указывает на необходимость дальней-

шего разъяснения инновационного характера МКБ-10 и ее планового изучения.

Доклад доцента А.Л.Вольфогеля (г.Донецк) “Терминология и лексика МКБ-10: разработка общепринятого языка в психиатрии” содержал разъяснение принципиально новых терминов, декларируемых МКБ-10 (например, “расстройство”, “невротический”, “коморбидность” и т.п.). Даны комментарии к отдельным категориям и терминам, встречающимся в различных диагностических модулях, предложена общепринятая трактовка последовательно перечисленных терминов.

Лекция “Система программно-целевого управления качеством подготовки врачей-психиатров в современных условиях” доцента Т.Л.Ряполовой (г.Донецк) ознакомила присутствующих с методическими подходами в организации обучения врачей-специалистов за рубежом, в странах СНГ и в Донецком государственном медицинском университете им.М.Горького. Было подчеркнуто, что важнейшим условием развития здравоохранения, достижения высокого качества психиатрической помощи населению является соответствующий уровень подготовки медицинских кадров, что в свою очередь обеспечивается адекватно организованной системой обучения. Как наиболее оптимальная показана система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов, главной составляющей которой является ориентация на конечные цели: освоение элементов профессиональной деятельности. При этом реализуется одно из основных положений педагогики и психологии, отражающее природу процесса усвоения: знания могут быть усвоены только в результате самостоятельной активности обучающегося и проявляются в деятельности, которую он может осуществить. Докладчик подробно остановилась на этапах разработки и внедрения системы обучения применительно к подготовке врачей-психиатров.

Лекция профессора В.С.Подкорытова (г.Харьков) объединила две темы: “МКБ-10 и перспективы научных исследований в психиатрии и наркологии” и “Об основных принципах работы проблемной комиссии “Психиатрия” в условиях реформирования психиатрической помощи и внедрения МКБ-10”. Были, в частности, приведены данные статистической отчетности в психиатрии детского и подросткового возраста по Харьковской области в соответствии с требованиями МКБ-10. Эти данные свидетельствуют о недостаточной осведомленности психиатров о новых диагностических требованиях новой классификации психических и поведенческих расстройств. Профессор В.С.Подкорытов ознакомил присутствующих с основными научными проблемами, разработкой которых занимаются психиатры Украины и обратил внимание на практическое отсутствие в диссертационных работах диагностики в соответствии с “Исследовательскими диагностическими критериями” МКБ-10, что делает их несопоставимыми с общемировыми исследованиями и, соответственно, снижает их прикладное значение.

Профессор Л.Н.Юрьева (г.Днепропетровск) выступила с лекцией “МКБ-10: учебно-методические аспекты постдипломной подготовки психиатров”. В систематизированном виде показаны особенности и трудности обучения врачей-психиатров в соответствии с требованиями МКБ-10. Одно из основных препятствий во внедрении новых диагностических подходов, требующих кардинального изменения логики мыш-

ления врача-психиатра, это формирующийся у психиатров “синдром сгорания”. С ростом продолжительности работы в психиатрии, а также у молодых врачей-психиатров отмечается снижение интереса к профессиональной деятельности и к жизни вообще вследствие трезвой оценки бесперспективности собственных усилий, накопления усталости и т.п. Докладчик сделала вывод, что многие врачи-психиатры, особенно с большим стажем работы, во-первых, не испытывают переживаний по поводу новой классификации, не придают ей роли “разрушительницы” традиционной психиатрии, во-вторых, переживают больше сомнений в отношении характера новой классификации. В плане внедрения новых программ обучения МКБ-10 более “доступным” и благотворным является контингент молодых врачей-психиатров, особенно – интернов-психиатров.

В лекции “Методология и структура функционального психиатрического диагноза (многоосевая диагностика)” доцент А.Л.Вольфогель (г.Донецк) представил концепцию функционального диагноза, которая с начала 90-х годов разрабатывается кафедрой психиатрии ДонГМУ под руководством профессора В.А.Абрамова, и понимается как результат преломления патологического процесса через личность больного и сложившуюся социальную ситуацию, или как диагноз индивидуальной приспособляемости и взаимодействия больного с социальным окружением. Было показано, что по своей сути функциональный психиатрический диагноз является прототипом многоосевой диагностики, являющейся одним из краеугольных камней МКБ-10, поэтому ознакомление с проблемой функционального диагноза окажет практическим врачам существенную помощь в восприятии и внедрении многоосевой диагностики в соответствии с требованиями новой классификации.

Доцент А.К.Бурцев (г.Донецк) в докладе “Стандартизованные методы клинического исследования в психиатрии” подчеркнул важность внедрения в клиническую практику объективизированной системы изучения и оценки клинических данных в связи с внедрением новой классификации, одной из целей которой является унификация и сопоставимость клинических диагнозов. Докладчик подробно остановился на широко используемых во всем мире шкалах, выделив шкалы широкого диапазона, применяемые в диагностических целях (например, оценочная шкала тревоги Шихана, шкала фобий Маркса-Шихана и др.), шкалы для оценки отдельных синдромов, групп расстройств (например, шкала оценки позитивных симптомов SAPS, шкала оценки негативных симптомов SANS, шкала позитивных и негативных синдромов PANSS и др.), а также стандартизованные системы описания историй болезни, которые представляют собой совокупность шкал и опросников по оценке анамнеза, статуса, динамики социальных и профессиональных показателей (например, Комплексное международное диагностическое интервью CIDI, Международник диагностикум расстройств личности IPDE). Было подчеркнуто, что, несмотря на все многообразие стандартизованных методов количественной оценки клинических психиатрических феноменов, они являются лишь дополнением к традиционному клиническому психиатрическому обследованию, которое должно осуществляться в контексте новых диагностических подходов и оценок МКБ-10.

Лекция доцента Т.Л.Ряполовой (г.Донецк) “Операционально-логическая (алгоритмическая) стратегия диагностики психических расстройств” была логическим продолжением темы предыдущего ее доклада, посвященного системе программно-целевого управления качеством подготовки врачей-психиатров. Показано, что диагностический алгоритм – это точное общепринятое предписание о поэтапном выполнении в определенной последовательности элементарных умственных операций и действий для установления диагноза заболевания. На примере алгоритма дифференциальной диагностики органического амнестического синдрома были сформулированы требования к составлению алгоритмов и основные векторы их применения в клинической практике. Алгоритмическая диагностика положена в основу обучения использованию МКБ-10, поскольку именно данный метод, по сравнению с традиционным подходом, в значительно большей степени соответствует реальной клинической практике: врач вначале распознает основные симптомы психического расстройства, а затем в процессе дифференциальной диагностики со сходными состояниями подходит к единственно правильному в данной конкретной ситуации диагнозу.

В лекции “Об особенностях использования МКБ-10 в диагностике органических, включая симптоматические, психических расстройств” (Т.Л.Ряполова, г.Донецк) показаны возможности алгоритмической диагностики на примере алгоритмов дифференциальной диагностики органического делирия, органического амнестического синдрома, алгоритма дифференциальной диагностики деменции. Особое внимание у слушателей вызвало изложение современных воззрений на существование и диагностику психоорганического синдрома. Дифференциальная диагностика дементного синдрома включала изложение современных диагностических критериев деменции при болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом, сосудистой деменции и других на примере последовательного определения признаков того или иного заболевания.

Доцент А.К.Бурцев (г.Донецк) в лекциях “Аффективные расстройства: международные диагностические стандарты” и “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства в МКБ-10 и проблемы ее внедрения на Украине” раскрыл исторический аспект исследования и классификации аффективной патологии, этиопатогенетические теории возникновения аффективной патологии и на примере алгоритмов дифференциальной диагностики депрессии и мании (по С.Н.Мосолову) была продемонстрирована возможность достоверной диагностики. Вторая лекция содержала остающиеся дискуссионными вопросы атеоретичности МКБ-10, поскольку именно диагностический модуль “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства” содержит значительно увеличившееся, по сравнению с предыдущими классификациями, количество таксонов, которые позволяют покончить с психиатрической экспансией в массивном объеме случаев пограничной патологии. Проблемы диагностики таких диагностических рубрик как “Диссоциативное (конверсионное) расстройство”, “Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации”, “Тревожно-фобические и другие тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства”, “Соматоформные расстройства” и др. были

рассмотрены с использованием алгоритмов дифференциальной диагностики.

Лекция доцента А.Л.Вольфогеля (г.Донецк) «Спорные вопросы клинического использования МКБ-10 в детско-подростковой психиатрической практике» затрагивала вопросы диагностики умственной отсталости, нарушений психологического развития, поведенческих и эмоциональных расстройств детского и подросткового возраста. В свете алгоритмической диагностики были рассмотрены критерии диагностики тяжелой степени умственной отсталости на основании градации достигаемого большим уровнем социальной приспособленности, дифференциальной диагностики детского аутизма. Была подчеркнута важность выделения раздела «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском возрасте», поскольку именно расстройства поведения и эмоций часто становятся первичным и единственным мотивом обращения родителей, реже – самих детей, за консультативной или лечебно-коррекционной помощью. Докладчик выделил в новой классификации ряд моментов, затрудняющих многомерную оценку нарушения психического здоровья у социально дезадаптированных несовершеннолетних. Был предложен алгоритм дифференциальной диагностики эмоциональных расстройств детского возраста.

Актуальным вопросам внедрения в клиническую практику диагностической рубрики F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» было посвящено сообщение Пыркова С.Г.(г.Донецк). Был представлен детальный анализ нововведений в области диагностики шизофрении, от симптоматического до нозологического уровня с описанием новых диагностических рубрик. Был произведен разбор неясных для украинской аудитории подходов и даны комментарии к ним.

Доцентом Лебедевым Д.С.(Донецк) были прочитаны три лекции. Первая была посвящена диагностике расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ. Освещены инновационные вопросы в области диагностики острых интоксикаций, психотических расстройств вследствие приема наркотических веществ. Дана оценка понятию «синдром зависимости» в сравнении с традиционными отечественными воззрениями. Приведены примеры конкретных диагностических заключений, часто встречающихся в клинической практике с использованием нескольких диагнозов согласно методологии МКБ-10. Вторая лекция касалась применения МКБ-10 в практике МСЭ психически больных. Современное состояние этой проблемы состоит в том, что врачами МСЭ производится «обратная перекодировка» диагнозов в терминах МКБ-10 в термины МКБ-9. Таким образом, удается сохранить систему координат с разработанным методическим обеспечением советского периода. В связи с тем, что в настоящее время методической основы, базирующейся на МКБ-10, не существует, обсуждены возможности применения новой классификации в данной области. Сделан вывод о том, что оси только психических и поведенческих расстройств для оценки трудоспособности недостаточно. Необходимо привлечь понятийный аппарат многоосевого варианта МКБ-10. Были проанализированы возможные перспективы этого направления работы. Сделан вывод о необходимости скорейшего перехода на русский (украинский) язык мультиаксиального варианта МКБ-10 и внедрения в прак-

тику как возможной основы работы МСЭЖ.

Третья лекция доцента Лебедева Д.С. была посвящена анализу исследовательских диагностических критериев МКБ-10 (ИДК). Доложены основные методические подходы и цели ВОЗ при разработке этого документа «семейства МКБ-10». Детально проанализированы диагностические группы ИДК, их иерархическая структура и области возможного применения не только в исследовательской, но и клинической работе.

Большую заинтересованность аудитории вызвала лекция Е.М.Выговской (Донецк) о международных стандартах в диагностике расстройств зрелой личности и поведения у взрослых. Такой интерес обусловлен более толерантным подходом в оценке поведенческих расстройств в зависимости от социокультурных особенностей пациентов. В данном разделе имеется большое количество новых диагностических рубрик, содержание которых было проанализировано.

Заведующий кафедрой психиатрии факультета постдипломного образования Донецкого Медуниверситета профессор Бабюк И.А. сделал доклад, посвященный МКБ-10 и проблемам сексологии и сексопатологии, а также программно-целевому подходу к обучению интернов и проведению предаттестационных циклов для врачей-психиатров.

В аспекте обсуждения проблем внедрения МКБ-10 в практику МСЭЖ очень актуальным было выступление профессора Штенгелова В.В.(г.Киев), который доложил об опыте адаптации и использования стандартизованных методов оценки нетрудоспособности и уровня жизнедеятельности психически больных, в частности, о перспективах использования шкал DAS (Disability Assessment Scale) и International Scale of Impairments, Disability and Handicap.

Сообщение Л.И. Дьяченко (г.Харьков) было посвящено проблемам отраслевой статистической отчетности. Обращено внимание на то, что адекватность статистических показателей определяется достоверностью клинической диагностики и правильностью кодирования диагнозов.

В заключение школы-семинара был проведен показательный тренинг управляемого обучения по использованию МКБ-10 в клинической практике.

Прошли курс базового обучения МКБ-10 и вопросам ее клинического использования с вручением сертификатов международного образца все участвовавшие в работе школы-семинара, в т.ч. следующие специалисты:

Профессор Г.Т.Сонник – зав.кафедрой психиатрии Полтавской медицинской стоматологической академии.

В.Н.Михальчук – главный врач Хмельницкого областного психо-неврологического диспансера.

В.И.Очколяс – главный врач Николаевской областной психиатрической больницы.

Ю.И.Смаль – главный врач Славянской областной психиатрической больницы.

Т.Т.Корнийчук – зам.главного врача Винницкой областной психиатрической больницы.

А.А.Педак – главный психиатр УЗО Николаевской обл.администрации.

С.И.Евчук – доцент кафедры психиатрии Ивано-Франковского госмедуниверситета.

С.А.Ерохин – главный врач Херсонской областной психиатрической больницы.

С.В.Михайлова – зам.главного врача Луганской областной психиатрической больницы.

Г.А.Осадчая – психиатр Луганской областной психиатрической больницы.

И.В. Абрамова - психиатр Донецкой областной психиатрической больницы.

Профессор А.К.Напреенко – зав.кафедрой психиатрии и медпсихологии Украинского национального медицинского университета.

В.И. Руденко - зав.ОМО облпсихдиспансеров.

Профессор В.Н.Кузнецов – зав.кафедрой психиатрии Киевской медицинской академии последиplomного образования.

Профессор В.С.Подкорытов – зав.отделом института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины.

Профессор Л.Н.Юрьева – зав.кафедрой психиатрии ФПО Днепропетровской медакадемии.

Проф. И.А.Бабюк – зав.кафедрой психиатрии ФПО Донецкого медуниверситета.

Проф. В.В.Штенгелов – зам.директора Украинского института социальной, судебной психиатрии и наркологии.

Д.м.н., М.П.Беро – зам.главного врача областной психиатрической больницы г.Донецка.

О.А.Насинник – доцент кафедры психиатрии Киевской медакадемии последиplomного образования.

А.И.Тарасенко – главный врач Кировоградской областной психиатрической больницы.

Л.И.Дьяченко - зав. ОМО ИНПН АМН Украины.

В.А. Гайдоба - рай.психиатр Красноармейского района Донецкой области.

В.С. Бородавка - главный психиатр Краснолиманского района Донецкой области.

Г.С.Рачкаускас – главный врач Луганской областной психиатрической больницы.

Б.В.Кулик – доцент кафедры психиатрии Львовского госмедуниверситета.

Ю.В.Никифоров – главный врач Ждановской областной психиатрической больницы.

А.Н.Божко – зам.главного врача Славянской областной психиатрической больницы.

Ф.В.Паталах – зам.главного врача Запорожской областной психиатрической больницы.

С.Н.Слободниченко – зам.главного врача Одесской областной психиатрической больницы.

С.Д.Рубцова – зав. ОМО Харьковского ОПНД.

В.М.Зарубин – главный врач Макеевской психиатрической больницы.

Е.Б.Юрьев – зав.диспансером Днепропетровской областной психиатрической больницы.

Е.А.Пугач – зам.главного врача Константиновского реабилитационного центра.

А.В.Абрамов - начальник военно-врачебной комиссии УМВД Украины в Донецкой области, доцент.

А.Ю. Доценко врач-интерн, г. Донецка.

О.Н.Голоденко - врач-интерн, г.Донецк.

Е.М.Денисов - врач-интерн, г.Донецк.

## Резолюция

### 1-й международной научно-практической школы-семинара: «МКБ-10 - методология и практика клинического использования в психиатрии» (г.Славянгорск, Донецкая область. 11-16 декабря 2000 г.).

Участники 1-й международной научно-практической школы семинара по проблемам методологии и практики клинического использования МКБ-10 в психиатрии признали **необходимым:**

1. Рассматривать психиатрию (проблемы охраны психического здоровья) как приоритетную сферу социальной политики государства, а психические расстройства как интегральную проблему общества.

2. Рассматривать МКБ-10 как систему, охватывающую все сферы профессиональной деятельности врача психиатра (психотерапевта, нарколога и медпсихолога): лечебно-диагностическую, образовательную, научно-исследовательскую, экспертную, морально-нэтическую, статистическую и организационную.

3. Считать внедрение МКБ-10 в клиническую практику одним из важнейших направлений реформирования психиатрической помощи, интеграции национальной науки, образования и культуры в мировое сообщество.

4. Считать на данном этапе обучение МКБ-10 важнейшим направлением тематического усовершенствования, обязательным при аттестации врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов на профессиональную категорию.

#### В области лечебно-диагностической деятельности.

1. Разработку и централизованную реализацию системы единых и унифицированных стандартов внедрения МКБ-10 в клиническую практику и участие Украины в подготовке новых пересмотров международной классификации психических и поведенческих

расстройств.

2. Использование унифицированных диагностических технологий, обеспечивающих идентификацию психических расстройств в соответствии с диагностическими требованиями МКБ-10 с целью достижения высокой клинической сопоставимости и воспроизводимости психиатрических диагнозов.

#### В области образования и подготовки специалистов.

1. Разработку и внедрение системы обучения МКБ-10, диагностике и оценке в области психического здоровья, приняв за основу систему программно-целевого управления качеством подготовки специалистов, успешно реализуемую в Донецком государственном медицинском университете.

2. Использование при обучении специалистов всех уровней подготовки единой методической системы, предусматривающей формирование профессиональных умений применения МКБ-10 в клинической практике.

3. Разработку сквозной учебной программы по психиатрии для всех (до- и последиplomных) этапов обучения на основе современных дидактических и методических принципов и международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра.

4. Прохождение базового курса обучения МКБ-10 в течение 2001-2002 гг. по единой учебной программе всеми психиатрами Украины.

5. Создание Украинского центра обучения МКБ-10 в области психического здоровья как инструмента национального и межнационального сотрудничества,

способствующего нормативному подходу к диагностике психических расстройств и гуманизации психиатрической помощи, на базе Донецкого государственного медицинского университета, как имеющего значительный опыт в области теоретико-методических основ обучения специалистов и разработки системы обучения использованию МКБ-10.

**В области научно-исследовательской работы.**

Создание (ПК «Психиатрия» и Минздрав Украины) системы стратегического планирования и координации научных исследований на основе приоритетов отечественной и современных достижений мировой психиатрической науки.

**В области организации психиатрической помощи.**

Создание Минздравом Украины и профильными НИИ стандартов дифференцированной психиатрической и психосоциальной помощи при основных психических расстройствах, включенных в МКБ-10.

**В области отраслевой статистической отчетности.**

Разработку алгоритма отчета «Психиатрическая помощь населению Украины» на основе адекватного использования МКБ-10 и конечных результатов работы в системе охраны психического здоровья. (Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН совместно с Минздравом Украины).

**В области международного сотрудничества.**

1. Международное сотрудничество, предусматривающее обеспечение украинских психиатров необходимыми информационными и учебно-методическими материалами для совершенствования подготовки специалистов по различным разделам и версиям МКБ-10.

2. Международное сотрудничество, предусматривающее участие Украины в подготовке очередного пересмотра МКБ-10 (представление национальных версий, апробации, переводы, разработка учебно-методических материалов, проведение тренинг-курсов и т.д.).

*Проф. В. А. Абрамов*

*Доц. Т.Л. Ряполова*

*Доц. Д.С. Лебедев*

*(г. Донецк)*

**ВСЕУКРАИНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ “ПРОБЛЕМЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ”  
(11 – 13 мая 2000)**

Согласно реестра МЗ Украины 11 – 13 мая 2000 г. в г. Харькове состоялась очередная ежегодная конференция, посвященная в этом году актуальной проблеме – экстремальной психиатрии.

Как и предыдущие, эта конференция проходила на базе курорта “Березовские минеральные воды”. В ее работе принимали участие ведущие ученые психиатры нашей страны и ближнего зарубежья: профессора Б.В.Михайлов, Ю.А.Александровский, Н.А.Марута, С.И.Табачников, А.О.Фильц, А.А.Коробов, В.В.Кришталь, А.А. Мартыненко, И.Д.Спирина, Т.И.Ахмедов.

В работе конференции приняли участие первый заместитель заведующего отделом здравоохранения Харьковской облгосадминистрации А.И.Сердюк и главный врач санатория “Березовские минеральные воды” Е.Г.Степанов, которые выступили с приветственными словами в адрес работы конференции.

С проблемным докладом о современных тенденциях развития психиатрии выступил заведующий кафедрой психотерапии ХМАПО, главный психотерапевт МЗ Украины Б.В.Михайлов. В своем выступлении проф. Б.В.Михайлов коснулся вопросов формирования, структуры и учета психической заболеваемости, характеристики современного состояния оказания психиатрической помощи населению Украины, тактики лечения психически больных.

В докладе зам. директора Российского ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского проф. Ю.А.Александровского была дана характеристика психических расстройств во время и после чрезвычайных ситуаций. В своем докладе проф. Ю.А.Александровский коснулся вопросов диагностики, диспансеризации, лечения и наблюдения за пострадавшими во время экстремальных ситуаций.

Проблемам влияния экстремальных ситуаций на состояние психического здоровья населения было посвящено и выступление директора Украинского НИИ социальной судебной психиатрии и наркологии проф. С.И.Табачникова.

Доклад зав. кафедрой психиатрии и психотерапии ФПО Львовского медицинского университета проф. А.О.Фильца был посвящен механизмам патогенеза острых нарушений психической сферы психогенного и эндогенного генеза и влиянию экстремальных ситуаций на развитие указанных расстройств.

Профессор кафедры психиатрии и психотерапии ФПО Крымского медицинского университета А.А.Коробов посвятил свое выступление использованию гештальт-ориентированной психотерапии в коррекции острых нарушений психической сферы, возникающих

в кризисных ситуациях.

Проблеме использования краткосрочных методов психотерапии при коррекции острых психических реакций в экстремальных условиях был посвящен доклад профессора кафедры психотерапии ХМАПО А.А.Мартыненко.

Коллектив авторов кафедры реабилитации и психотерапии ХМАПО под руководством зав. кафедрой профессора Т.И.Ахмедова представил доклад, посвященный системе реабилитации лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях, большое внимание уделив социальной психоадаптации расстройств психической сферы.

Зав. отделом неврозов и пограничных состояний УНИИКЭНП профессор Н.А.Марута выступила с докладом о подготовке законодательных актов оказания психиатрической помощи населению Украины.

Проблемный доклад о взаимосвязи между медицинской психологией и клиническими дисциплинами подготовили сотрудники кафедры сексологии и медицинской психологии ХМАПО, возглавляемой профессором В.В.Криштальем.

Вопросу подготовки медицинских психологов в медицинских вузах Украины посвятила свое выступление зав. кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии Днепропетровской медицинской академии профессор И.Д. Спирина.

Вопросы оказания помощи жертвам насилия рассматривались в докладах вице-президента Всеукраинского благотворительного фонда “Помощи жертвам насилия” старшего научного сотрудника УНИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии Ю.В.Оньшко и ассистента кафедры психотерапии ХМАПО М.В.Марковой.

Не обойдены вниманием были также вопросы состояния психического здоровья работников силовых структур Украины: эти вопросы рассматривались в докладах главного психиатра внутренних войск МВД Украины В.С.Гичуна, зав. психиатрическим отделением Центрального военного госпиталя МО Украины Ю.Н.Астапова и начальника медицинской службы Университета внутренних дел МВД Украины Ю.А. Прокопенко.

Частным аспектам экстремальной психиатрии были посвящены выступления ряда научных сотрудников НИИ нашей страны, а также главных специалистов ряда областей, врачей практического здравоохранения.

Большинство участников конференции приняло участие в оживленной дискуссии, посвященной проблемам, обсуждаемым на форуме.

*М.В.Маркова*

Поступила в редакцию 16.06.2000г.

## II ФРАНКО – УКРАИНСКИЙ СЕМИНАР ФРЕЙДОВСКОГО ПОЛЯ ПО ПСИХОАНАЛИЗУ ( 2000г., август, 24-26)

В конце августа 2000 г. в г. Донецке (Украина) на базе кафедры психиатрии, психотерапии, медпсихологии и наркологии с курсом сексологии ФПО (заведующий кафедрой — проф. И.А. Бабюк) Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького состоялся II франко – украинский семинар Фрейдовского Поля по психоанализу, в котором приняли активное участие члены рабочей группы Фрейдовского Поля в Украине, Армении, России, психиатры, психотерапевты, медицинские и социальные психологи.

Французскую сторону представляли президент Фонда Фрейдовского Поля, член ЕСФ и АМР Ю. Миллер, известные психоаналитики, члены ЕСФ и АМР К. Девамбрещи-Ла Санья и А. Сулзингер. Из Армении участвовала секретарь Ереванского круга Европейской школы психоанализа “Развитие” психоаналитик К. Адинян. С украинской стороны присутствовали проф. И.А.Бабюк (г.Донецк), проф. С.И. Табачников (г.Киев), проф. С.Е.Казакова (г.Луганск) и другие .

Во вступительном слове проф. И.А.Бабюк отметил, что фрейдизм явился одной из первых концепций, настойчиво попытавшихся разобраться в проблеме скрытых мотивов поведения человека и роли этого фактора в клинической практике.

Современный психоанализ продолжает оставаться в рамках западной культуры течением качественно особым, противостоящим большинству других направлений, выражая эту культуру как течение, имевшее в начале психотерапевтическое, а затем философское и социологическое обоснование. Базирование на психологической категории бессознательного, объе-

диняющей различные направления психоаналитической мысли от З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, М. Кляйн, до Д. Винникота, С. Лебовисси и Ж. Лакана, позволило психоанализу уцелеть как специфическому концептуальному течению и получить свое дальнейшее развитие. Современный психоанализ трансформировался от чисто клинической методологии к динамично развивающемуся научно – философскому направлению.

В Украине психоанализ был принят еще в начале 20 века (о чем указывал З. Фрейд в письме К. Юнгу), практиковался, изменялся в рамках украинской культуры и сам влиял на нее. Центрами психоанализа являлись Одесса, Львов, Киев, Харьков. В настоящее время попытки отечественных психоаналитически ориентированных психотерапевтов следует рассматривать в контексте общего пути развития психоанализа как общекультурного феномена.

В течение трех дней были заслушаны и обсуждены теоретические доклады “Симптом как послание, сообщение у З. Фрейда и у Ж. Лакана” (Ю. Миллер), “Симптом как метафора” (К. Девамбрещи-Ла Санья), “Симптом в ходе лечения и в конце анализа” (А. Сулзингер), “Симптом как остаток, остальное” (К. Адинян), “Симптом в психоанализе согласно Фрейду” (С. Осташко) и представлены различные клинические случаи, где была раскрыта основная концепция симптома по З. Фрейду и Ж. Лакану.

В целом семинар прошел на высоком методическом уровне, вызвал позитивный интерес участников и желание продолжить совместную работу с обеих сторон.

*И.А. Бабюк (г.Донецк)*

Поступила в редакцию 12.09.2000г.

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

## ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

## PROBLEM ARTICLES

- Абрамов В.А.** Стигматизация и дестигматизация психиатрии 3
- Напреенко А.К., Логановский К.Н.** Система психиатрической помощи при радиоэкологических катастрофах и локальных войнах 14
- Лебедев Д.С.** О современных международных подходах к диагностике психических и поведенческих расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ 19

- Abramov V.A.** Stigmatisation and destigmatisation of psychiatry
- Napreyenko A.K., Loganovsky K.N.** System of psychiatric care for radioecological disasters victims and local wars veterans
- Lebedev D.S.** About modern international approaches to diagnosis of psychical and behavioral disorders caused by using of psycho active issues

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## ORIGINAL INVESTIGATION

- Двирский А.А.** Шизофреноалкогольные психозы и клинические особенности шизофрении на фоне скрытой и проявившейся эпилепсии 26
- Зайцев А.А.** Личностные аномалии и подростковая сексуальная преступность 31
- Подкорытов В.С., Горб А.Л.** Диагностические возможности нейровизуализирующих методов у детей с эпилепсией и эпилептическими синдромами 35
- Шевченко А.И., Шевченко Н.Ф.** Використання тесту "дерево" в оцінці психічного стану хворих на рак легенів 38
- Абрамова И.В.** Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения 42
- Выговская Е.М.** Неврозоподобные расстройства у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении экстракорпоральным гемодиализом 47
- Березов В.М., Бурцев А.К., Мягкова Т.В., Караваев В.Н.** Алекситимические тенденции у больных нестабильной стенокардией в сопоставлении с некоторыми особенностями их личности и вегетативного обеспечения 53
- Дубенко О.Е.** Деменция в структуре кардиогенных инсультов 57
- Дергачев А.М.** Клинические особенности психотерапевтической коррекции вторичных сексуальных дисфункций у женщин с аутоиммунным тиреоидитом 60
- Сонник С.Г.** Деякі епідеміологічні показники захворюваності на шизофренію у чоловіків і оцінка сексуальної злочинності серед них в залежності від сезону року 65
- Иванов Д.А.** Скрытая дыхательная недостаточность при психическом инфантилизме 69
- Ушенин С.Г.** Психологические особенности 75

- Dvirsky A.A.** Schizophrenic-alcoholic psychoses and clinical features of schizophrenia on the background of latent and revealing epilepsy
- Zaitsev A.A.** Anomalies of personality and teenage sexual criminality
- Pidkorytov V.S., Gorb A.L.** Diagnostic resources of neurovisual methods in children with epilepsy and epileptic syndromes
- Shevchenko A.I., Shevchenko N.F.** The using of "tree-test" in valuation of mental condition in patients with cancer of the lungs
- Abramova I.V.** Quality of life of the patients in generalpsychiatric department
- Vigovskaya E.M.** Neurosolike distresses for ill with by chronic renal failure located on treatment by a haemodialysis
- Beryozov V.M., Burtsev A.C., Mjagkova T.V., Karavayev B.N.** Alexithymic tendencies in patients with unstable andina pectoris in comparison with some peculiarities of their personality and vegetative shorowing
- Dubenko O.E.** Dementia in structure of cardiogenic stroke
- Dergachov A.M.** Clinical peculiarity of psychotherapeutic correction of secondary sexual dysfunctions in women with autoimmune thyroiditis
- Sonnik E.G.** Some epidemiological indexes of schizophrenia sick-rate in men and estimation of sexual criminality among them depending on the season
- Ivanov D.A.** Hidden respiratory insufficiency in psychic infantilism
- Ushenin S.G.** Psychological features of

ти пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца

**Канішев А.В.** Межові психічні порушення у хворих на вірусні гепатити 79

ischemic heart disease patients

**Kanishchev A.V.** Borderline behavioral disorders in patients with viral hepatitis

#### КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

#### SHORT REPORTS

**Бабюк И.А., Табачников С.И., Арнольдова Т.В.** Музыкалотерапия в системе психокоррекции психоэмоциональных расстройств у беременных 83

**Babyuk I.A., Tabachnikov S.I., Arnoldova T.V.** Music-therapy in psychocorrection system of psychoemotional disorders in the pregnancy

**Вольфогель А.Л.** Клиническая динамика некоторых вариантов невротоподобных состояний резидуально-органического генеза в детском и подростковом возрасте 86

**Volfogel A.L.** Clinical and dynamics peculiarities of neurotic-like states of residual - organic genesis that had begined in childhood and adolescent time

**Дорофеев А.Э.** Психологический статус и электрическая активность мозга у пациентов с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки 89

**Dorofeyev A.E.** Mental condition and electric activity of the brain in patients with inflamative and functional discases of the bowels

**Дубенко А.Е.** Роль нарушений энергетического обмена в развитии эпилептической энцефалопатии 92

**Dubenko A.E.** The role of energy metabolism in the onset of epileptic encephalopathy

**Кубрак О.В.** Нарушение сексуального здоровья при малопрогредивентной шизофрении у женщин и его коррекция 95

**Kubrak O.V.** Disorders of sexual health at small-progrediential shizophrenie in woman and it's correction

**Дорофеева Е.Е.** Психологическая устойчивость спортсменов высокого класса 98

**Dorofeyeva E.E.** Phsycological stability of top class sportsmen

**Клёмин В.А., Жданов В.Е., Озерова Т.Л.** Состояние реактивной тревожности у пациентов при снятии анатомических оттисков 101

**Klyomin V.A., Zhdanov V.Y., Ozerova T.L.** The state of reactive anxiety in patients in taking anatomical imprints

**Бучок Ю.С.** Особливості сприйняття батьками психічного здоров'я дітей, які перенесли стрес в зв'язку з катастрофічною повінню у Закарпатті в 1998 році 104

**Buchok Ju. S.** Peculiarities of parentes' perceptions of the mental health of children that have bore the catastrophic inundation in zakarpatie in 1998

#### НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

#### SCIENTIFIC REVIEWS

**Арбузова С.Б., Ивнев Б.Б.** Болезнь Альцгеймера и синдром Дауна. Механизмы развития 107

**Arbuzova S.B., Ivnev B.B.** Alzheimer's disease and Down's syndrom. Mechanisms of development

**Любарский А.В.** Эволюционно-этологическая оценка адаптивности репродуктивного поведения 112

**Lyubarski A.V.** Evolutionary-ethological evaluation of the reproductive behaviour adaptivity

**Омельянович В.Ю.** Проблема посттравматического стрессового расстройства в современной психиатрии. Часть 2 115

**Omelianovich V.U.** Posttraumatic stress disorder problem in modern psychiatry. Part 2

#### ПУБЛИЦИСТИКА И ПСИХИАТРИЯ

#### PUBLICISM AND PSYCHIATRY

**Вуль Ф.Р., Вуль Л.И.** Эмигрантский синдром 123

**Vul F.R., Vul L.I.** Emigrants' syndrome

ИНФОРМАЦИЯ

INFORMATION

65 лет кафедре психиатрии Донецкого государственного медицинского университета и областной психиатрической больницы	<b>125</b>	65-th anniversary of the department of psychiatry of Donetsk State Medical University and of the regional psychiatric hospital
1-я международная научно-практическая школа-семинар «МКБ-10 – методология и практика клинического использования в психиатрии»	<b>128</b>	1-st international scientific and practical school-seminarium «ICD-10 - methodology and practice of clinical usage in psychiatry»
Всеукраинская научно-практическая конференция «Проблемы экстремальной психиатрии»	<b>134</b>	All-Ukrainian scientific and practical conference «The problems of extremal psychiatry»
2-й Франко – Украинский семинар фрейдовского поля по психоанализу	<b>135</b>	2 Franch-Ukrainian seminar of Freud`s field in psychoanalysis

СОДЕРЖАНИЕ

**136**

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](mailto:psychea@mail.ru).

Редколлегия журнала