

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

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 2 (6), 1999 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого отделения Ассоциации психиатров Украины

УЧРЕДИТЕЛИ: **ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
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, В.И. Полтавец (заместитель главного редактора), В.П. Самохвалов,
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), J. Birley (Hezeford), J. Geller (Worcester), Р. Евсегнеев (Минск), М.М. Кабанов (Санкт-Петербург), Н. Керими (Ашхабад), Н.А. Корнетов (Томск), С. Koupernik (Paris), В.Н. Краснов (Москва), В.Н. Кузнецов (Киев), И.И. Кутько (Харьков), 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), 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: mike@irsoft.donetsk.ua

*Журнал психиатрии и медицинской психологии учрежден
Донецким отделением Ассоциации психиатров Украины и
Донецким государственным медицинским университетом.
Свидетельство о госрегистрации печатного средства массовой информации - ДЦ № 947 от 12.05.1995 выдано Донец-*

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

*В.А.Абрамов, Т.Л.Ряполова***ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ МКБ-10
(ОПЕРАЦИОНАЛЬНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ).**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: диагностический алгоритм, МКБ-10, обучение.

Взвешенная оценка Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра свидетельствует о том, что она не включает в себе теоретического смысла, не является в строгом смысле научной классификацией и не претендует на исчерпывающее описание психических расстройств [7,9]. МКБ-10 представляет собой результат договоренности между собой специалистов из различных стран мира о наиболее приемлемых диагностических категориях, которые должны обеспечить сопоставимость результатов клинического исследования. Основная цель МКБ-10 - использование единого диагностического инструментария, единых диагностических правил для сведения к минимуму вероятность произвольных диагностических заключений и обеспечения высокой диагностической воспроизводимости [1].

Формально в Украине происходит внедрение Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра, а, по существу - возникла ситуация полной неготовности специалистов к конструктивному ее использованию. В отличие от ряда других стран в Украине отсутствует значительная часть материалов «семейства» МКБ-10, не созданы методический совет и центр обучения МКБ-10, не подготовлены сертифицированные на международном уровне специалисты по вопросам клинического использования МКБ-10. Единственным «поводырем» по таксонам новой классификации являются изданные в России «Клинические описания и указания по диагностике», а также «доморощенные» транслейтеры, малопригодные даже для статистических целей. При этом основной парадокс состоит в том, что атеоретическая классификация психических расстройств может быть реализована только при помощи научно-методологического подхода к диагностике заболеваний.

Процесс внедрения МКБ-10 замедляется в

связи с массовой неосведомленностью врачей-психиатров о методологии и стратегии распознавания психических заболеваний в контексте многочисленных диагностических рубрик МКБ-10. В этих условиях необходимость кодирования диагнозов «по-новому» нередко осуществляется или наугад, или, в лучшем случае, путем подгонки диагноза под нужную рубрику, что не позволяет при статистическом анализе получить достоверную информацию о характере и распространенности психических расстройств в нашей стране. Но даже ознакомление с современными диагностическими подходами не является гарантией быстрого отхода от традиционных диагностических ориентаций на ограниченное количество нозологических форм, устоявшихся стереотипов клинического мышления, если не будет создана система централизованного обучения правильно-му клиническому использованию МКБ-10.

Внедрение МКБ-10 в клиническую практику коренным образом изменяет содержание додипломного и последипломного образования по специальности «психиатрия». Изменившаяся стратегия диагностики психических заболеваний ориентирует на существенную коррекцию клинического мышления врача-психиатра, а также студентов и интернов, изучающих ментальную медицину [1].

В схематическом виде при осуществлении психиатрической диагностики по системе МКБ-10 необходимо соблюдение следующих принципов:

- операционально-логическая последовательность диагностического поиска;
- смешанный синдромально-нозографический принцип построения диагнозов;
- принцип многоосевой (биопсихосоциальной) диагностики.

Учитывая принципиальную новизну такого подхода для украинских психиатров представляется целесообразным проанализировать неко-

торые вопросы теории построения диагноза.

Диагностика - это процесс распознавания болезни и отнесения ее к соответствующей диагностической категории на основании имеющихся симптомов. Является ли этот процесс применительно к психическим расстройствам творческим (эвристическим), или он должен следовать законам формальной логики и является нормативным, или критерием достоверного диагноза является традиционная схема клинического исследования?

Достаточно распространенное мнение о диагностике как исключительно творческом процессе [3,12] в реальной клинической практике нередко оказывается декларативным. Эвристические механизмы диагностики используют далеко не все практикующие врачи, они доступны лишь специалистам, имеющим большой опыт исследовательской работы. По нашим данным диагностический диапазон «среднестатистического» врача - психиатра общепсихиатрического отделения не превышает 8-10 заболеваний. Вероятность иных диагностических заключений ничтожно мала, что не создаёт достаточных предпосылок для включения эвристических предпосылок в диагностический процесс. С другой стороны, диагностика не открывает новых законов, не описывает новые болезни, не открывает способов объяснения тех или иных психопатологических феноменов, а распознаёт уже известные науке заболевания, что также не позволяет отнести её к творческой деятельности.

В качестве атрибутов современной диагностической технологии закрепились такие приёмы, как традиции отечественной школы, здравый смысл, интуиция, диагноз по первому впечатлению или от «от анамнеза», врачебные догадки и даже диагноз «наугад». Эти механизмы нередко лежат в основе т.н. стихийной (эмпирической) логики, диагностической предубеждённости, неоднозначных диагностических толкований, освобождающих мышление врача от таких важных свойств, как самоконтроль и самокоррекция. Такая неструктурированная диагностика носит произвольный или вероятностный характер и сопровождается большим риском допустить логическую (диагностическую) ошибку.

Известно, что правильное мышление врача характеризуется определённой, последовательностью (отсутствием логической противоречивости) и доказательностью. Достижение сопоставимости результатов клинического исследования и высокой воспроизводимости диагнозов (цель внедрения МКБ-10) превращают

диагностику психических расстройств в нормативный процесс, опирающийся на определенные правила и принципы или определённый алгоритм. Рациональная, а, следовательно, достоверная диагностика психических расстройств как особый вид познания оказывается невозможной без опоры на знания её логической специфики. Логико-методологические особенности мышления врача - психиатра становятся атрибутом его профессиональной деятельности.

Логическая (операциональная) диагностика невозможна без достоверного семиотического анализа, предусматривающего однозначную идентификацию клинических проявлений болезни. Процедура определения симптомов заболевания должна носить унифицированный (стандартизованный) характер: в противном случае её произвольный характер не обеспечит надёжной и воспроизводимой диагностики того или иного психического расстройства.

Таким образом, операционально-логическая последовательность диагностического поиска заключается в четком алгоритме построения диагноза с опорой на логику стандартизованных клинических оценок и атрибутивный стиль дифференциально-диагностической процедуры. При этом устраняется субъективизм и произвольность при распознавании психических расстройств, а диагностика превращается в нормативный процесс, подчиняющийся определённым правилам.

Следует, однако, отметить, что представление о диагностике, как об исключительно алгоритмической проблеме некоторыми исследователями рассматривается как серьёзное заблуждение, особенно, если отрицается нозология [12], что диагностические алгоритмы представляют «рецидивом эмпирического этапа развития медицинской науки» [3]. Эти авторы, не приводя достаточно убедительных доказательств, полагают, что процесс диагностики является исключительно творческим актом, а не нормативным.

Существует так же мнение, что увлечение алгоритмизацией диагностического процесса наносит ущерб содержательной стороне диагностической логики [11]. Но ведь диагностический алгоритм по сути и представляет собой определённую последовательность логических операций, которая обеспечивает унификацию клинической оценки больного. Именно такое отношение к алгоритмической диагностике представлено в диагностических критериях DSM-III-R и в разработках, относящихся к отдельным психическим расстройствам [4,10].

Жёсткая унификация мышления психиатров под влиянием применения методов операционализации диагностического поиска, рейтинговых шкал и стандартизованных опросников обеспечивает ясность и быстроту квалификации диагностической информации, но, по мнению некоторых авторов, приводит к потере специфики конкретных переживаний пациентов [14], к «сверхупрощённым» представлениям о пациенте [15].

Идентификация психического состояния пациента на основе МКБ-10 предусматривает целенаправленное и структурированное клиническое исследование - как важнейший аспект профессиональной деятельности врача-психиатра. Обучение этой деятельности не может обеспечить информационно-иллюстративный метод - традиционный для высшей медицинской школы. Более адекватным методом обучения диагностическим навыкам (умениям) следует признать метод проблемного или деятельностного обучения, необходимой предпосылкой успешности которого является трансформация цели обучения в доминирующую потребность развития [2].

В качестве концептуальной основы для разработки методических аспектов обучения рациональному использованию МКБ-10 может быть использована система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов, используемая в ряде медвузов страны [5]. Главное в этой системе - ориентация обучения на конечные цели: профессиональную врачебную деятельность. Только такой подход позволяет реализовать основное положение педагогической психологии, отражающее природу процесса усвоения: знания могут быть усвоены только в результате самостоятельной активной деятельности обучающегося в процессе освоения элементов профессиональной деятельности.

Обучающей моделью диагностической процедуры может служить ориентировочная основа действия (ООД).

Одним из вариантов ООД является диагностический алгоритм - точное общепринятое предписание о поэтапном выполнении в определенной последовательности элементарных умственных операций и действий для установления диагноза всех заболеваний, проявляющихся отдельным синдромом.

При рациональной организации мышления врача-диагностика - в принципе решение однотипных заданий, классы и виды которых различаются между собой лишь направленностью психических расстройств. Это вовсе не сводит разрешение диагностической задачи к упрощен-

ным диагностическим ретроспекциям (в т.ч. *diagnosis exjuvantibus*) в процессе клинической оценки реального больного.

Алгоритмическая (логическая) диагностика, предусматривающая использование известных принципов и методов - единственная возможность получения составимых (клинически воспроизводимых) данных, что является *Nota Bene* МКБ-10. При этом мышление врача-психиатра не исключает, а, напротив, потенцирует использование творческих (эвристических) процессов, особенно в познании личности пациента и системном его «видении».

Алгоритмическая диагностика может быть осуществлена на основе привычных общепринятых критериев наличия или отсутствия определённого признака или степени его выраженности. Для эффективной алгоритмической диагностики не требуются статистические характеристики выраженности заболевания и частоты. Однако при использовании диагностических алгоритмов возможны трудности и ошибки. В первую очередь они связаны с неправильно выявленным симптомом или неправильной его оценкой. В меньшей степени это связано с отсутствием тех или иных исследований (КТ исследование, УЗ сканирование и т.п.), информативных для конкретного случая.

Алгоритмическая диагностика для украинских психиатров представляет собой принципиально новый подход к диагностике психических расстройств, новой формой организации мышления врача. Разработка диагностического алгоритма - задача технически достаточно сложная. Необходимо соблюдение ряда требований [8], описание которых представлено ниже (для иллюстрации отдельных положений на рис. 1 приведен алгоритм дифференциальной диагностики органического амнестического синдрома):

1. Дискретность: диагностический алгоритм должен отражать последовательно все шаги диагностического поиска, при этом каждый последующий момент действия является продолжением предыдущего.

2. Детерминированность: в каждом шаге диагностического поиска излагаются симптомы или признаки, не допускающие произвольного толкования и обеспечивающие логику стандартизованных клинических оценок. От врача в этих случаях требуется умение выявить наличие этих признаков у больного. При этом, как отмечают М. Гельдер, Д. Гэт и Р. Мейо [13], должны особо выделяться именно дискриминирующие, а не просто характерные симптомы (дискримини-

рующими являются те симптомы, которые, как правило, наблюдаются при данном синдроме, но редко встречаются при других синдромах а, ха-

актерные симптомы часто встречаются при определённом синдроме, но могут наблюдаться и при других синдромах).

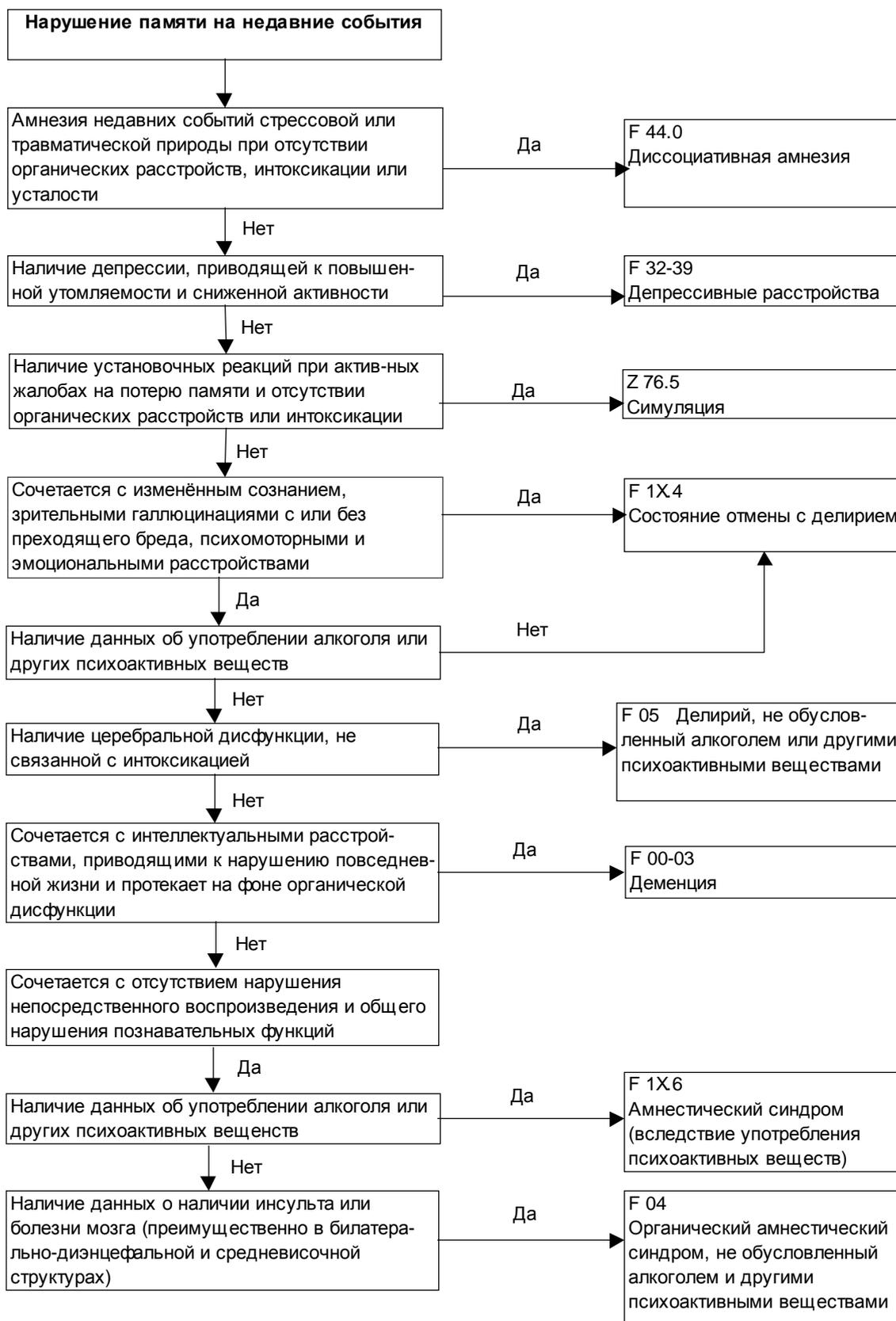


Рис. 1. Алгоритм дифференциальной диагностики органического амнестического синдрома

Начиная с диагностики характерного симптома, например, нарушения памяти на недавние события врач имеет возможность по мере обнаружения и выделения дискриминирующих симптомов продвигаться по пути определения единственно верного в данной конкретной ситуации синдрома.

3. Направленность: каждый алгоритм начинается с выделения совершенно чётко очерченных симптомов или признаков и указывает врачу направление логических операций и квалификации имеющегося в данный момент расстройства.

Как показано на рис.1, отталкиваясь от выявленного нарушения памяти на текущие события, можно определить направление диагностического поиска. Так, если фиксационная амнезия сочетается у больного с измененным сознанием, зрительными галлюцинациями с или без преходящего бреда, с психомоторными и эмоциональными расстройствами, необходимо провести углубленный сбор анамнеза с целью выявления данных об употреблении алкоголя или других психоактивных веществ. Если они имеются, то нужно думать о состоянии отмены с делирием, при их отсутствии необходимо проверить наличие церебральной дисфункции, не связанной с интоксикацией психоактивными веществами.

4. Массовость: имея отправной точкой определенный набор признаков - симптомов, врач получает возможность определиться не только в диагностике, но и в проведении других, дополнительных методов исследования, которые могут направить диагностический поиск по несколько иному маршруту, но в рамках данного алгоритма. Как показано в приведенном алгоритме, нарушения памяти на недавние события служат поводом для более углубленного неврологического и инструментального обследования с целью разграничения органической и диссоциативной амнезии. В случае церебральной дисфункции, не связанной с интоксикацией, можно установить диагноз деменции (если фиксационная амнезия сочетается с интеллектуальными расстройствами, приводящими к нарушению повседневной жизни) или органического амнестического синдрома, не обусловленного алкоголем и другими психоактивными веществами.

5. Элементарность: операции каждого шага должны быть предельно просты в исполнении, но предусматривать доскональные знания общей психопатологии. В использованном примере от врача требуется умение определить не просто наличие нарушений памяти на текущие события, но и признаки депрессии, которая, как известно, сопровождается повышенной утомляемостью, снижением активности и фиксационной памяти.

6. Результативностью: выполнение операций алгоритма приводит к разрешению поставленной задачи - установлению имеющегося у пациента психического расстройства на основании тщательной дифференциальной диагностики.

7. Формализованность: выходные данные каждого алгоритма должны быть максимально формализованы, что даёт возможность правильно разрешать диагностические задания не только врачами - психиатрами, но и интернами, студентами.

Основные векторы применения диагностических алгоритмов в психиатрической практике могут быть представлены следующими позициями:

- регламентируют направление диагностического поиска и отношение к диагностике как к нормативному процессу;

- расширяют диапазон клинко-диагностических оценок, осуществляемых врачом-психиатром, с максимально полным охватом диагностических рубрик МКБ-10;

- создают основу для разработки диагностических, а следовательно, медико-экономических стандартов;

- используются для обучения врачей психиатров единым диагностическим правилам в стандартных клинических ситуациях.

В заключение необходимо отметить, что алгоритмическая диагностика, по сравнению с традиционным подходом, значительно больше соответствует реальной клинической практике: врач вначале распознаёт симптомы, психические расстройства, а затем в процессе дифференциальной диагностики со сходными состояниями приходит к диагнозу. Традиционные формы обучения диагностике психических расстройств предусматривают, что те или иные симптомы рассматриваются в клинической картине заведомо известного заболевания.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

**ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ МКХ - 10
(ОПЕРАЦІОНАЛЬНО-ЛОГІЧНА СТРАТЕГІЯ)**

Донецький державний медичний університет, Україна

Викладені основні напрямки у діагностиці психічних розладів у зв'язку із переходом до МКХ - 10. На конкретних прикладах описані основні вимоги до розробки діагностичних алгоритмів. Обґрунтовуються переваги операційно-логічної послідовності діагностичного розшуку, яка полягає у чіткому алгоритмі побудови діагнозу із опорою на логіку стандартизованих клінічних оцінювань та атрибутивний стиль диференційно-діагностичної процедури. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 3-8).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova

**DIAGNOSTICS OF MENTAL DISORDERS IN THE CONTEST OF ICD - 10
(OPERATIONAL AND LOGICAL STRATEGY)**

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article deals with the main trends in diagnostics of mental disorders in connection to shifting to ICD - 10. The general requirements to the development of diagnostic algorithms are given on the basis of real examples. The advantages of operational and logical sequence of diagnostic search are justified which consists in clear-cut diagnosis defining algorithm based on the standard clinical evaluation logic and attributive style of differential diagnostic procedure. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 3-8).

Литература

1. Абрамов В.А. МКБ-10 Методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1999. № 1 - с. 3-12.
2. Ардаматский Н.А. Кафедральные аспекты вузовской педагогики. Изд-во Саратовского университета. - 1986. - 159 с.
3. Германов В.А. Дифференциальная диагностика в познании больного. // Клиническая медицина. - 1974. - с. 140-143.
4. Діагностичні критерії з DSM-III-R. Київ. - АБРИС.- 1995. - 270 с.
5. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С. и соавт. Высшее медицинское образование. - «Здоровье». Донецк. - 223 С.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Россия. - Санкт-Петербург. - «АДИС» -1994. - 300 с.
7. Морозов П.В. Клинико-биологическое международное исследование проблемы классификации психических заболеваний. - Автореф. дисс... доктора мед. наук. - М. - 1991.
8. Наумов Л.Б., Гаевский Ю.Г., Бессонов А.М. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. - Ташкент: Медицина, -1979. -388 с.
9. Смулевич А.Б., Тиганов А.С. и соавт. Ипохондрия и соматоформные расстройства. - М. - 1992.
10. Социальная фобия. Карманный справочник. Под ред. С.А. Монтомери. - 1995. - Базель, Швейцария. - 52 с.
11. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.Н. Логика и семиотика диагноза. «Медицина», М., 1989. - 270 с.
12. Чазов Е.И. Основные принципы диагностики: Методология диагноза в современной клинике. // Терапевтический архив. - 1981. - N 5. - с. 3-8.
13. М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. Оксфордское руководство по психиатрии. - «Сфера», - Киев. - 1997, т.1. - 299 с.
14. Mishara A.L., Schwartz M.A. Psychopathology in the light of emergent trends in philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology. // Current opinion in Psychiatry, 1997. - N 10.- P. 183-189.
15. Stein D.J., Jobson C.O. Psychopharmacology algorithms : pros and cons. // Psychiatric Annals. - 1996. - N 26, p. 190-191.

Поступила в редакцию 14.08.99г.

УДК: 616.89. - 07 (012)

*Т.Л. Ряполова***ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МКБ-10 В ДИАГНОСТИКЕ
ОРГАНИЧЕСКИХ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: органические психические расстройства, МКБ-10, диагностика.

Смысл международной диагностической классификации состоит не в новых принципах кодирования заболевания или определения соответствия поставленного по старой классификации диагноза новым диагностическим рубрикам, а в формировании новых подходов к распознаванию психического расстройства, в использовании логического мышления в процессе диагностического поиска [1].

В данном сообщении рассматриваются расстройства, объединённые на основании единой, чётко определяемой этиологии. Термин «органические» означает, что эти расстройства объясняются самостоятельно диагностируемым церебральным или системным заболеванием, но это вовсе не означает, что описанные в других разделах расстройства являются «неорганическими» в том смысле, что не имеют церебрального субстрата. Расстройства, кодируемые в данном диагностическом модуле, возникают вследствие мозговой дисфункции, которая может быть первичной (ЧМТ, инсульты, опухоли мозга, мозговые инфекции, первично-атрофические процессы, которые поражают головной мозг непосредственно или предпочтительно) и вторичной (при системных экстрацеребральных заболеваниях, напр., при СПИДе, когда головной мозг поражается как одна из систем организма). Во втором случае предполагается использовать термин «симптоматические расстройства». Данный признак, положенный в основу выделения этого модуля делает неприемлемым на первый взгляд тезис о синдромальном подходе в диагностике, однако определяемые в модуле диагностические категории и рубрики (например, деменция, делирий, бредовое расстройство) являются синдромами, и именно клинический метод должен быть положен в основу их определения. Динамический критерий позволяет отнести определяемые синдромы к данному диагностическому модулю на основании обусловлен-

ности возникающих расстройств органической мозговой дисфункцией.

Выделение данного раздела является актуальным в силу значительного роста расстройств, имеющих первоосновой органическое поражение головного мозга. Это вызвано рядом причин, основными из которых, на наш взгляд, являются: наблюдающаяся во всём мире демографическая тенденция к увеличению абсолютного и относительного числа пожилых и старых людей в общей популяции населения, приводящая к росту распространённости деменций [28] первично-атрофического [3,41] или сосудистого генеза [12,40]; рост травматизма, как производственного и бытового, так и вследствие участвовавших ДТП [11]; учащение аварий на производстве с развитием у пострадавших психических расстройств интоксикационного, радиационного генеза [2,8]; снижение качества оказания медицинской помощи населению, ведущее к увеличению заболеваемости инфекциями, часто дающими мозговые осложнения, утяжелению течения участвовавших нейроинфекций; увеличение распространённости СПИДа. МКБ-10, с одной стороны, расширяет диагностические возможности, основываясь на синдромальном подходе в диагностике психических расстройств и группируя их в соответствии с основными общими характеристиками и описательной схожестью, с другой стороны, предусматривает более тесное сотрудничество психиатров с врачами других специальностей, что значительно расширяет лечебно-диагностические возможности и заставляет мыслить более глубоко практикующих врачей. Так, органическое заболевание порой неверно диагностируется как функциональное, если у больного наблюдается, например, изменение личности, модифицирующее клинические проявления депрессивных или параноидных расстройств. И наоборот, функциональное нарушение иногда неправильно диагностируется как

органическое при наличии явного нарушения когнитивных функций (например, больной с депрессивным расстройством может жаловаться на плохую память). Из этих двух типов ошибочных диагнозов первый вариант является более серьёзным, поскольку незамеченное органическое заболевание может привести к тяжёлым последствиям. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы психиатр постоянно был бдительным, помня о возможности органической природы психического заболевания. Если психопатологические симптомы не могут быть убедительно объяснены с психологической точки зрения, дальнейшие исследования должны быть направлены на выявление возможного первичного органического заболевания. МКБ - 10 позволяет учитывать эту дифференцировку, в т.ч. прибегая к помощи смежных специалистов [15].

Вопрос о взаимоотношениях между сенильной деменцией и болезнью Альцгеймера, об их возможной идентичности или о существовании между ними различий, значимых в нозологическом отношении, имеет длинную историю и до настоящего времени не может считаться решённым окончательно [19]. В своей первой работе Alzheimer (1901) высказал предположение о нозологической самостоятельности описанного им «своеобразного заболевания коры головного мозга». Эта точка зрения была поддержана Краепелин, который в 8-м издании своей «Психиатрии» назвал болезнь Альцгеймера «особым процессом, полностью отличающимся от пресбиофрении». Однако во второй работе (1911) сам Alzheimer относил эти случаи к сенильной деменции. С тех пор вопрос о взаимоотношениях между обеими формами обсуждался в многочисленных исследованиях как в клиническом, так и в генетическом аспекте. Начиная с работ В.М. Гаккебуша, Т.А. Гейера и А.И. Геймановича [4,5,6], многие отечественные психиатры в той или иной форме примыкали к унитарной концепции, т.е. к концепции о тождественности обеих клинических форм, рассматривая болезнь Альцгеймера как атипичную форму [7], «определённую стадию развития» [18] или развитие старческого слабоумия в более раннем возрасте, на «инновозрастной почве» [9].

Однако в последние десятилетия многие зарубежные психиатры [20,35] объединяют сенильную деменцию и болезнь Альцгеймера как разные проявления единого нозологического процесса. В пользу принадлежности болезни Альцгеймера к сенильной деменции приводились и приводятся в настоящее время обычно следующие

доводы:

1. Сходство (или даже качественная идентичность) морфологического процесса при обоих заболеваниях, которое по распространённому мнению, при болезни Альцгеймера бывает только более выраженным по своим количественным показателям и бывает более тяжёлым. Указывалось в этой связи на то, что все попытки найти достоверные качественные различия, в том числе различия в форме или распределении старческих бляшек, успеха не имели.

2. Имеются указания [18] на сходный «стереотип развития» обоих заболеваний, а клинические различия между ними ставятся в зависимость от различий в возрасте манифестации. Такая концепция опирается на накопленные в последние годы наблюдения о влиянии возрастного фактора, возраста начала заболевания на клинические проявления психических болезней вообще. Она получила известное подкрепление в опубликованных зарубежными исследователями [20,22] наблюдениях о так называемой альцгеймеризации сенильной деменции. Этим термином обозначалось отмеченное уже А.В. Снежневским появление очаговых расстройств, напоминающих аналогичные изменения при болезни Альцгеймера, на поздних этапах течения сенильной деменции. Albert, в частности, высказала мнение, что если только представляется возможность достаточно длительного наблюдения, в каждом случае старческого слабоумия развиваются очаговые (афатические, апрактические и т.д.) расстройства, т.е. происходит «альцгеймеризация» заболевания.

С точки зрения унитарной концепции необъяснимым остаётся и следующий факт. По мнению некоторых авторов [9,18,20,35], болезнь Альцгеймера является ранним (пресенильным) вариантом сенильной деменции, т.е. характерные для неё очаговые симптомы (нарушения высших корковых функций) зависят от этой ранней манифестации, от особой возрастной почвы, на которой развивается сенильно-атрофический процесс. Явления же альцгеймеризации, т.е. процесс сближения или перерастания сенильной деменции в болезнь Альцгеймера, наблюдается, наоборот, при особенно длительном течении сенильной деменции, т.е., как правило, в очень глубокой старости.

С нашей точки зрения однозначное решение этого вопроса вряд ли возможно. Наиболее обоснованным представляется в настоящее время компромиссное и, может быть, предварительное решение этого вопроса, заключающееся в том,

что, несмотря на близость морфологического субстрата обеих форм, при изложении клинического материала следует учесть характерное, неповторимое своеобразие клинических проявлений обеих форм [19]. Рассматривая сенильную деменцию и болезнь Альцгеймера как обособленные клинические формы, мы не имеем в виду их самостоятельность в отношении этиологии и патогенеза. Ведь недаром в современной зарубежной литературе рассматривается не поздний вариант БА, а сенильная деменция альцгеймеровского типа (22,46).

Тем не менее диагностическая категория F00 Деменция при болезни Альцгеймера (БА) включает рубрики F00.0 Деменция при БА с ранним началом (до 65 лет) и F00.1 Деменция при БА с поздним началом, предусматривающая начало ослабляющего процесса первично-атрофического происхождения в возрасте после 65 лет, а чаще после 75 лет.

В последнее время стали встречаться случаи, когда нарушение высших корковых функций (в первую очередь, речи), характерные для БА, не находят подтверждения при проведении дополнительных исследований (например, аксиальной компьютерной томографии), но не имеют своей причиной какую-либо иную органическую причину, в этом случае возможно определение деменции при БА, неуточнённой (F00.9). Необходимость выделения данной категории подтверждается, в частности, исследованиями (44) материала последующих вскрытий 50 дементных больных, у 8% которых не было обнаружено явной патологии, но клинически при жизни явно прослеживалась картина асемического слабоумия.

Термин «сосудистая деменция» в значительной степени заменил принятый ранее термин «артериосклеротическая деменция». Диагностическая категория F01 Сосудистая деменция расширяет диагностические возможности, поскольку включает рубрики, выделенные на основании остроты возникновения и преимущественной локализации патологического процесса. В МКБ-9 шифр 290.41 Артериосклеротическое слабоумие (без психоза) не предусматривал такой дифференциации. Помимо этого, рубрика F01.2 предлагает выделение субкортикальной сосудистой деменции, о которой врачам известно немного. Термин «подкорковая деменция» был введён (20) для определения снижения интеллекта, наблюдаемого при прогрессивном супрануклеарном параличе. В последующем значение термина было расширено, так что он стал охватывать

также синдром заторможенности когнитивных процессов, затруднений при решении сложных интеллектуальных задач и аффективных нарушений без поражения речи, счёта или обучаемости. Вероятные причины подкорковой деменции включают хорею Гентингтона, болезнь Паркинсона, болезнь Вильсона и рассеянный склероз (в этом случае деменция кодируется в диагностической категории F02). БА, в противоположность перечисленным заболеваниям, является корковой деменцией. При подкорковой же сосудистой деменции клиника напоминает БА (сочетание интеллектуально-мнестических расстройств с афато-апракто-агностическими, что контрастирует с данными компьютерной аксиальной томографии или аутопсии, на которых кора обычно сохранена), что позволяет выделить диагностические категории F01.2 Субкортикальная сосудистая деменция и F01.3 Смешанная корковая и подкорковая деменция. Однако высокой остается вероятность того, что использование данных категорий будет осуществляться исключительно после исследования аутопсийного материала.

В МКБ-10 выделена диагностическая категория F02 Деменция при болезнях, классифицируемых в других разделах, где описаны когнитивные и поведенческие расстройства, объединяемые синдромом деменции при болезнях Пика, Крейцфельдта-Якоба, Гентингтона, Паркинсона, при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также деменции при других уточнённых заболеваниях в др. разделах (рубрика F02.8). Последняя рубрика является весьма актуальной, поскольку в ней кодируется деменция при эпилепсии, после перенесённой ЧМТ, при опухолях головного мозга, при нейросифилисе и т.п. Однако такое широкое использование данной категории при отсутствии двойного кодирования значительно затруднит решение лечебно-реабилитационных и экспертных вопросов.

При дифференциальной диагностике иногда трудно отличить острый органический психопатологический синдром от хронического. Обычно такие проблемы возникают из-за отсутствия чётких данных анамнеза. При диагностировании острого синдрома наиболее важными признаками являются нарушения сознания, расстройства восприятия и внимания, плохой сон, дезорганизованное, но богатое по содержанию мышление.

В 1909 г. Карл Бонхоффер определил делирий, как стереотипное проявление острого мозгового нарушения. Он говорил о нескольких

различных «экзогенных реакциях», или особых синдромах, вызванных экстрацеребральными заболеваниями. Предложенные им реакции включали делирий, галлюциноз, эпилептическое возбуждение, сумеречное состояние и аменцию (последняя означала синдром спутанного сознания). Ещё в начале XX в. от последних трёх синдромов отказались, а два первых остались и относятся к состояниям, возникающим вследствие и церебральных, и экстрацеребральных расстройств [15]. В МКБ-10 термин «делирий» используется как синоним острого органического синдрома, протекающего с нарушенным сознанием. Термин «состояние спутанности» или «амения» также применяют для описания острых органических психопатологических синдромов, однако он относится скорее к беспорядочному мышлению. Для определения острых органических расстройств, протекающих с нарушенным сознанием, предлагается диагностическая категория F05 Делирий, не обусловленный алкогольными или другими психоактивными веществами, включающая, помимо делирия, описания или симптомы аменции, онейроида, сумеречного нарушения сознания. Для отечественных психиатров данное упрощение, бесспорно, не может быть приемлемым. Квалификация наших специалистов не оставляет без внимания другие синдромы спутанного сознания органической этиологии. Однако статистически данные клинические определения, к сожалению, будут отнесены к описанной диагностической категории.

Диагностическая категория F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами, подразумевает нарушения памяти и научаемости, несоразмерно более значительные по сравнению с поражением других когнитивных функций; могут иметь место конфабуляции, но это не является существенным признаком. Наиболее частой причиной амнестического синдрома является поражение мамиллярных телец или медиальных дорсальных ядер таламуса [45] при тиаминовой недостаточности, вследствие сосудистых заболеваний, отравлении окисью углерода, энцефалите, опухолях третьего желудочка, двустороннем поражении гиппокампа вследствие оперативного вмешательства. Если синдром вызван факторами, не связанными с дефицитом тиамина, то больные, судя по имеющимся в литературе данным, менее склонны к конфабуляциям, у них чаще сохраняется способность объективно оценивать состояние своей

памяти и отдавать себе отчёт в степени её нарушения. Несомненное отнесение причин, вызывающих амнестический синдром, к органическим, в МКБ-10 облегчает диагностику, не оглашая в сформулированном диагнозе непосредственную причину возникновения синдрома, как это было в МКБ-9.

Что же касается собственно психотических вариантов патологии, то в МКБ-9 они были обозначены достаточно представительной группой - «психотические нарушения вследствие органического поражения головного мозга» (290 - 294) с уточнением обусловленности органического психотического расстройства (сенильные, пресенильные, алкогольного генеза, вследствие злоупотребления наркотиками, травмы, опухоли, атеросклероза, инфекционных заболеваний и т.п., характера психоза с учётом и длительности протекания, но без учёта феноменологических особенностей, например, 293.11 Подострый (преходящий) энцефалитический психоз (депрессивный, галлюцинаторно-параноидный и др. синдромы). В МКБ-10 психотические расстройства при органических поражениях головного мозга отнесены к диагностической категории F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни, их круг сужен (F06.0 - F06.3), подчёркиваются нейтральность их клинических проявлений, сходство («напоминают или идентичны») с симптомами вне рамок органических расстройств, обязательность их причинной обусловленности органической дисфункцией мозга и «временный» характер диагноза.

Необходимо отметить, что периодичность и частота возникновения психотических эпизодов органической природы не находят отражения в постановке клинического диагноза, отмечается лишь синдромальная принадлежность имеющихся на данный момент расстройств. С одной стороны, такой подход может показаться упрощённым и затрудняющим решение экспертных вопросов, с другой стороны, он показывает преимущества многоосевого подхода к диагностике, являющегося стержневым в МКБ-10 [1].

Несколько иной принцип, отличный от традиционного отечественного, предусматривается в диагностике других психотических расстройств, рассматриваемых в МКБ-9 в рубрике органических психических расстройств (шифры 296.13 Инволюционная меланхолия; 297.12 Поздняя (старческая) парафрения.

В зарубежной литературе активно обсуждается вопрос о роли органических факторов в

возникновении поздней парафрении или же она рассматривается как шизофрения, дебютирующая в старческом возрасте. В работах ряда исследователей [27,34,43] термин «поздняя парафрения» применялся для обозначения наблюдающихся у пожилых людей бредовых состояний, причём у подавляющего большинства обследованных пациентов имелись характерные признаки шизофрении. В течение последнего десятилетия появилось много исследований, пытающихся доказать, что наблюдающиеся при поздней парафрении мозговые изменения неспецифичны и обнаруживаются у многих больных шизофренией. Например, 3-й и боковые желудочки при поздней парафрении расширены, однако изменения в лобной, височной долях, таламусе сопоставимы со здоровой контрольной группой соответствующего возраста [21,30,31]. Такие же изменения были зарегистрированы у 70 % больных параноидной шизофренией и у больных с бредовыми расстройствами, диагностированных на основании диагностических критериев МКБ-10 [23-26,32,33].

Сосудистые изменения при поздней парафрении представлены клинически неспецифичными кортикальными и субкортикальными инфарктами [36,37] и незначительными повреждениями белого вещества (WML) [32], не позволяющими определить природу данного психического расстройства как сосудистую.

Постмортальное исследование мозга больных поздней парафренией в сравнении с другими пациентами с недементными расстройствами не обнаружило различий в отношении неокортикальных нейрофибрилярных пучков или областей инфарктов [22].

Проводимые клинические и нейрофизиологические исследования отдают предпочтение неспецифичности данного синдрома, что позволило отнести его в МКБ-10 в диагностическую категорию F 22.0 Бредовое расстройство, однако большинство зарубежных авторов склонны рассматривать его как параноидную шизофрению с поздним началом и благоприятным исходом [42].

Многочисленными зарубежными исследованиями не было выявлено специфических факторов, влияющих на возникновение депрессивных расстройств в пожилом и старческом возрасте [14,15,16]. Неврологические и другие соматические заболевания несколько больше распространены среди депрессивных больных пожилого возраста. Однако данных, указывающих на то, что эти заболевания играют специфическую

этиологическую роль, нет; они, скорее, выступают в качестве неспецифических преципитирующих факторов [39]. На основании этого инволюционная меланхолия рассматривается в диагностической категории F 33 - Депрессивные расстройства.

Переходя на язык МКБ-10, уходящей от дихотомии «невроз» - «психоз», становится понятным определение синдромальных рубрик в диагностической категории F 06. В МКБ-10 представлена более тонкая феноменологическая структура расстройств, включая тревожное и диссоциативное расстройства (которые в МКБ-9 определялись как невротические или неврозоподобные), оговаривая обязательность их возникновения на фоне органической мозговой дисфункции.

Принципиально новой диагностической рубрикой является F06.7 Легкое когнитивное расстройство, наблюдающееся на фоне или вслед за церебральными или системными органическими расстройствами (включая ВИЧ). Наблюдающиеся нарушения памяти, трудности в обучении и сосредоточении внимания продолжают в течение нескольких недель после выздоровления от физического заболевания, более лёгкие и менее продолжительны чем расстройства в рамках астенического синдрома. Необходимо отметить, что этот диагноз должен ставиться, если состояние возникло после психических или поведенческих расстройств, классифицируемых в других разделах главы V МКБ-10, и во всех случаях он является временным (16).

МКБ-9 содержала диагностическую рубрику, касающуюся психических расстройств при эпилепсии, куда входили и описания пароксизмальных расстройств. МКБ-10 не содержит подобной диагностической категории, несмотря на то, что психиатрам нередко приходится сталкиваться и с пароксизмальными расстройствами, и с эпилептическими психозами, и с расстройствами личности и интеллекта при эпилепсии. Психотические, личностные и интеллектуально-мнестические расстройства при эпилепсии рассматриваются в соответствующих рубриках данного диагностического модуля, для их использования обязательно двойное кодирование, а для решения экспертных и других социо-реабилитационных вопросов - многоосевой подход в диагностике.

Понятие «психоорганический синдром» в зарубежной литературе (10,35) объединяет целую группу психопатологических синдромов, неспецифическим с точки зрения их этиологии. Мно-

гочисленные повреждения, с которыми встречается мозговая субстанция или мозговое функционирование, приводят в дальнейшем к идентичным по структуре состояниям. Традиционное для отечественной психиатрии понимание психоорганического синдрома (син. «хронический психоорганический синдром»), характеризующееся триадой Вальтер-Бьюэля, не содержится, к сожалению, в МКБ-10. Однако в диагностических указаниях рубрики F07.0 Органическое расстройство личности содержатся симптомы классической триады. Однако дополнительные указания в данной рубрике совершенно справедливо вызывают затруднение понимания врачами такого подхода, а необходимость перекодирования диагноза в случае нарастания интеллектуально-мнестического снижения еще более осложняют не только лечебную работу, но и ре-

шение экспертных вопросов.

Таким образом, несмотря на несомненное усовершенствование диагностических подходов и возможность унифицировать диагностику в соответствии с мировыми требованиями, нельзя не признать необходимость доработки некоторых диагностических категорий МКБ-10. Проведенный приблизительный анализ некоторых диагностических категорий и рубрик данного модуля F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства демонстрирует необходимость внедрения новых диагностических подходов и ломки стереотипов мышления как практикующего врача, так и научного сотрудника, а это невозможно осуществить без полного набора необходимой для использования МКБ-10 литературы [17] и, главное, без специального обучения новым диагностическим подходам [1].

Ряполова Т.Л.

ПРО ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МКХ-10 ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ОРГАНІЧНИХ, ВКЛЮЧНО СИМПТОМАТИЧНІ, ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький державний медичний університет ім. Горького, Україна

У статті розглядаються нові діагностичні підходи у визначенні органічних психічних розладів при використанні МКХ-10. Викладені деякі критичні погляди на суперечність окремих діагностичних категорій. Висвітлювані переваги нової класифікації у порівнянні з МКХ-9. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 9-15).

Ryapolova T.L.

ON THE SPECIFIC FEATURES OF USING OF ICD -10 DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF ORGANIC MENTAL DISORDERS INCLUDING SYMPTOMATIC ONES

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article deals with some new diagnostic approaches for defining of organic mental disorders using ICD-10. Some critical viewpoints to the ambiguity of some diagnostics categories are expressed. The advantages of the new classification in comparison to ICD-9 are presented. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 9-15).

Литература

1. Абрамов В.А. МКБ-10 - методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. Донецк, 1999, № 1 (5), с. 3-12.
2. Александровский Ю.А. Динамика психического здоровья населения в районах, пострадавших во время аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. - Киев, 1995. - С 10-11.
3. Гаврилова С.И. Ранняя диагностика Болезни Альцгеймера. // Современная психиатрия. - 1998, № 4. - с. 4-7.
4. Гаккебуш В.М., Гейер Т.А. Об альцгеймеровской болезни. - «Соврем. психиат.» - 1912, № 6. - с. 253-278.
5. Гаккебуш В.М., Гейманович А.И. О системе асемических психозов старости с атрофическими очагами в мозгу. - Харьков, 1915.
6. Гейер Т.А. К вопросу о пресенильных психозах. - В кн.: Тр. психиатрической клиники. 1. - МГУ, вып. 1. - М., 1925. - с. 131-138.
7. Гиляровский В.А. О роли артеросклеротических изменений в генезе психических расстройств в позднем

8. Гуськова А.К. Радиация и мозг человека// Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. - Киев, 1995. - с. 22-23.
9. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. - М., «Медицина». - 1965.
10. Кискер К.П. Психопатология острых и хронических заболеваний головного мозга. В кн.: Кискер К.П., Фрайберг Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. - М., АЛЕТЕЙА. - 1999. - с.259-265.
11. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А., Кузьменко В.А., Горбунов В.И., Трошин В.М. Черепно - мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - Москва, Книга ЛТД, 1999. - 208 с.
12. Медведев А.В. Сосудистая деменция. // Современная психиатрия. - 1998, № 4. - с. 20-23.
13. Международная классификация психических и поведенческих расстройств (глава V МКБ-10). Программа обучения. ВОЗ. ВПА. - 1996.
14. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика:

Практическое руководство. 2-е издание перераб. и доп. - М.: «Медицина», 1997. - 496 с.

15. Оксфордское руководство по психиатрии. - К., Сфера. - 1997, т.1. - с.251-274.

16. Оксфордское руководство по психиатрии. - К., Сфера. - 1997, т.2, - с.147-165.

17. Подкорытов В.С. Проблемы внедрения МКБ-10 в психиатрическую практику в Украине// Український вісник психоневрології. - 1999, т.7, вып.1(19) - с.123-125.

18. Снежневский А.В. Клиника так называемого старческого слабоумия. Дис. докт. М., 1948.

19. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. - М., «Медицина». - с.102-109.

20. Albert M.L., Feldman R.G., Willis A.L. The «sub-cortical dementia» of progressive supranuclear palsy// J. of Neurol., Neurosurgery and Psychiatry. - 1974, Vol.37. - p.121-130.

21. Baldessarini R.J., Hegarty J.D., Bird E.D. et al. Meta-analysis of postmortem studies of Alzheimer's disease-like neuropathology in schizophrenia// Am. G. Psychiat. - 1997, Vol.153. - p.861-863.

22. Blessed G. Clinicopathological studies in mental disorder of old age: The Newcastle studies 1963-1977. - In: Contemporary Themes in Psychiatry (K.Davison and A.Kerr). - Gaskell, Alden Press. Oxford. - pp.314-321.

23. Castle, D.J. and Howard, R. What do we know about the aetiology of late-onset schizophrenia?// Eur. Psychiat. - 1992, Vol.7, p.99-108.

24. Castle D.J., Murrey R.M. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia// Psychol. Med. - 1991, Vol.21. - p.565-575.

25. Castle D.J., Murrey R.M. The epidemiology of late-onset schizophrenia// Schizophren. Bull. - 1993, Vol.19. - p. 691-670.

26. Castle D.J., Wessely S., Howard R. and Murrey R.M. Schizophrenia with onset at the extremes of adult life// Int. J. Geriatr. Psychiat. - 1997, Vol.12. - p.712-717.

27. Censits D. M., Ragland J. D., Gur R.C. et al. Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: A longitudinal study// Schizophren. Res. - 1997, Vol.24. - p.289 -298.

28. Charke M., Jagger C., Anderson J. et al. The prevalence of dementia in a total population: a comparison of two screening instruments// Age Ageing. - 1991, Vol.20. - p.396-403.

29. Christensen H., Henderson A.S., Jorm A.F. et al. ICD-10 mild cognitive disorder: Epidemiological evidence on validity // Psychol. Med. - 1995, Vol.25. - p.105-120.

30. Howard R. Raymond Levy and paranoid states of late life// Int. J. Geriatr. Psychiat. - 1996, Vol.11. - p.355-361.

31. Howard R. J, Almedia O., Levy. R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia// Psychol. Med. - 1994, Vol.24. - p.397-410.

32. Howard R., Castle D., Wessely S., Murrey R. A comparative study of 470 cases of early-onset and late - onset schizophrenia// Brit. J. Psychiat. - 1993, Vol.163. - p.352-357.

33. Howard R. J., Graham C., Sham P. et al. A controled family study of late -onset non-affective psychosis (late paraphrenia)// Brit. J. Psychiat. - 1997, Vol.170. - p.511-514.

34. Kay D.W.K., Roth M. Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age («late paraphrenia») and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia// J. Ment. Sei. - 1961, Vol.107. - p.649 - 686.

35. Lauter H. Die organischen Psychosyndrome. In.: Kisker K.P., Meyer J.E., Muller M., Stromgren E. Psychiatrie der Gegenwart. - Bd. Springer, Berlin. - 1988.

36. Lesser I.M., Miller B.L., Swartz J.R. et al. Brain imaging in late-life schizophrenia and related psychoses// Schizophren Bull. - 1993, Vol.19. - p.773-782.

37. Lesser I. M., Miller B.L., Boone K.B. et al. Brain injury and cognitive function in late-onset psychotic depression// J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci. - 1991, Vol.3. - p.33-40.

38. Mowry B.J., Burvill P.W. A study of mild dementia in the community using a wide range of diagnostic criteria // Brit. J. Psychiat. - 1988, Vol.153. - p.328-334.

39. Murphy E., Smith R., Lindsay J. et al. Increased mortality rates in late-life depression// Brit. J. of Psychiatry. - 1986, Vol.152. - p.347-353.

40. Rao R., Howard R. Vascular Dementia: Dead or Alive? // International Journal of Geriatric Psychiatry. - 1998, Vol. 13. - p. 277-284.

41. Robinson-Whelen S. et al. Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic?// J.Personal. Soc. Psychol. - 1997, Vol.23(8). - p.789.

42. Roth M., Kay D.W.K. Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence// Int. J. of Geriatr. Psychiatry. - 1998, Vol.13. - p.775-784.

43. Roth M. The natural history of mental disorders in old age// J. Ment. Sci. - 1955, Vol.101. - p.281-301.

44. Tomlinson B.E., Blessed G., Roth M. Observations of the brains of demented old people// J. of Neurol. Sciences. - 1970, Vol.11. - p.205-242.

45. Victor M. Observation on the amnesic syndrome in men and its anatomical basis. In: Brain functions: RNA and brain functions, memory and learning. - University of California Press, Berkley. - 1964. - p.806-817 (Цит. по 15).

46. Zaudig M., Mittelhammer J., Hiller W. et al. SIDAM - A structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer type, multy-infarct dementia and other aetiology according to ICD-10 and DSM-III-R// Psychol. Med. - 1991, Vol.21. - p.225-236.

Поступила в редакцию 18.09.99г.

УДК: 616.892(012)

*А.К.Бурцев***НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В МКБ-10 И ПРОБЛЕМЫ ЕЁ ВНЕДРЕНИЯ В УКРАИНЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: международная классификация болезней, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Переход на новую международную классификацию психических расстройств стал с января 1999 г. формально свершившимся фактом для украинской психиатрии. Однако такой формальный переход оставляет огромное количество нерешенных и достаточно напряженных и существенных проблем для отечественных специалистов. Часть этих проблем связана с самой по себе новизной МКБ-10 в целом, часть — имеют более локальный характер и касаются отдельных разделов классификации, но в любом случае все они имеют как объективный, так и субъективный характер. Без преодоления или, по крайней мере, уяснения этих проблем настоящее внедрение МКБ-10 окажется невозможным или, точнее, неэффективным.

Рубрика F4 - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства - является одной из наиболее «инновационных» в МКБ-10 по сравнению с предыдущими классификациями. Таким образом, и проблем с утверждением этой рубрики в клиническом сознании психиатров оказывается едва ли не столько же, сколько с остальными вместе взятыми. Кроме этого, указанные расстройства не только весьма распространены (при этом цифры распространённости существенно разнятся у разных авторов), но и имеют тенденцию к затяжному течению, терапевтической резистентности, являющуюся характерной чертой и патоморфоза (В.Я. Гиндикин, 1997) [1]. R. Jenkins (1994) [14] отмечает, что в терминах общественного здоровья одной из наиболее важных (второй после хронических психозов) является область хронических непсихотических заболеваний (в основном депрессия и тревога) с их отрицательными последствиями для физического здоровья, проблем услуг здравоохранения и последствиями для семейных взаимоотношений, умственного и эмоционального развития детей, трудоспособности, несчастных случаев и т.п.

Общей основной характеристикой таких классификаций нового типа как DSM и МКБ-10 является, по словам бывшего медицинского директора Американской психиатрической Ассоциации (АПА) M. Sabshin [24], развитие диагностической системы для того, чтобы «разграничить, где болезнь заканчивается, а где начинается». Таким образом DSM и близкая к ней МКБ-10 главным образом были призваны положить конец психиатрической экспансии, в том числе и, в массивном объеме случаев пограничной патологии. Это достигается, на первый взгляд, парадоксальным образом - за счет увеличения числа таксономических делений. Однако такое увеличение, за счет четкой оговоренности характера и числа диагностически важных признаков, на деле не привело к инфляции психопатологии, гипердиагностике нервно-психической патологии, но, наоборот, сделала в ряде случаев более точной.

Операционализация диагностического подхода оптимальным образом призвана осуществлять такие из функций [4] каждой новой классификации: быть общим языком для психиатров и формализовать клинические данные для сопоставления и статистической обработки.

Каждый более-менее опытный психиатр, заставший времена экспансии «шизофренологии» в духе А.В. Снежневского, помнит порой почти кликушеские прозрения «шизофренистов» «без какой-либо логической мотивировки, доведение до абсурда понятия «graesox-feeling», когда диагноз шизофрении ставился чуть ли не «по глазам» или «на нюх». Памятуя такое прошлое, любой добросовестный отечественный специалист готов радостно встретить идею такого операционального подхода.

Нельзя не отметить при этом и подспудно возникающее чувство определенного протеста против такой диагностической технологии, возникающего у отечественного пользователя но-

вой классификации в связи с тем, возможно, что базируется она, на духе «Закона», пронизывающего протестантскую мораль и мировоззрение; православный менталитет скорее ожидает явление правды через Благодать. Впрочем, обсуждение международной классификации не должно сводиться к теологическому спору, хотя игнорировать культуральную среду, в которой предполагается развернуть деятельность психиатрической диагностической процедуры, было бы вряд ли методологически достаточно оправдано, т.к. при этом закладываются основы для редукции понимания многоплановости клинической ситуации вследствие элиминации социо-культурального фактора. Так или иначе, первые опыты проведения клинических разборов больных (в том числе к расстройствам невротического уровня) на основе МКБ-10 вызывали у автора и некоторых его коллег не лишнее комизма ощущение участия в некоем ремейке какого-то американского фильма на излюбленную, опять-таки американскую, тему о состязании в суде юристов с бесконечным цитированием законов того или иного штата. Конечно, такой «суд» куда упорядоченней фантазмагорического суда Королевы из Зазеркалья, но и он порождает весьма своеобразные контрпереносные чувства.

Ощущение, мягко говоря, неловкости у автора, конечно же, в первую очередь могут быть объяснены еще недостаточным навыком использования новой классификации, но во многом сходные мысли и ощущения можно найти и у американских авторов. Например, J. Birley [7] недвусмысленно предостерегает психиатров от фетишизации новых общепринятых классификаций, т.к. ни один из их диагнозов не может быть полностью аутентичен, а отдельные таксоны остаются лишь концептуальными моделями и теориями; при этом сохраняется ситуация, когда пациент страдает от болезни, а доктор от концепции. В своем интервью 1997 г. Журналу *Psychiatric services*, уже упоминавшийся Мэлвин Сабшин, как медицинский директор АРА имевший непосредственное отношение к созданию и внедрению новой классификации эмоционально сказал: «Меня раздражают собеседования с кандидатами в правление, которые на память цитируют DSM». Осознавая опасность превратить DSM в механический подход, при котором утрачивается способность улавливать клиническое и человеческое своеобразие пациентов, М. Сабшин в то же время подчеркивал, что без новой классификации «гуманизм и клиника недостаточно полны». Жесткая унификация мышления пси-

хиатров под влиянием применения методов операционализации, субъективных данных, рейтинговых шкал, опросников вызывает беспокойство у A.Z. Mishara, M.A. Schwartz [19], которые вместе с тем, отмечают их импонирующую ясность и быстроту квантификации с их помощью полученной информации. Но при этом, по мнению авторов, теряется специфика конкретных переживаний пациента. О риске «сверхупрощения» представления о пациенте вследствие чрезмерной алгоритмизации исследования пишут также D.J. Stein and C.O. Jobson [25]. Fabrega H [11] отмечает, что хотя DSM-IV по сравнению с более ранними редакциями, в большей степени учитывает информацию культурологического плана, она таит в себе явную опасность нейробиологического редукционизма и, в конечном итоге, абсорбции психиатрии общемедицинской практикой. Добавим, что МКБ-10 (по крайней мере будучи введенной только в виде краткого руководства) в странах СНГ, представляет еще большую редукционистскую опасность. Parnas J, Bovet P [21] указывают также, что тенденции упрощать психопатологию ради большей надежности диагноза фактически, в конце концов, могут тормозить биологические и другие, имеющие этиологическую направленность исследования. Схожее замечание еще в конце 1993 г. сделал Ю.Л. Нуллер, [5], указавший, что выявлению механизмов заболевания препятствует отсутствие адекватных диагностических критериев, которые в свою очередь должны основываться на знании патогенетических механизмов; формируется «заколдованный круг». Ю.Л. Нуллер пишет, что «чисто феноменологические критерии не могут дать адекватную группировку заболевания» (в данном случае понятие «феноменологический» не имеет никакого отношения к феноменологии Гуссерля и Ясперса, а сходно с понятием «симптоматического».

При желании можно привести еще не малое количество публикаций, которые с одной стороны отмечают явный положительный вклад новых классификаций (DSM-III, III-R, IV и МКБ-10) в современную научную и практическую психиатрию, а с другой - столь же явные издержки и опасности смены технологии диагностики. Таким образом, следует отказаться от восторженного мифа о том, что введение новых классификаций является только лишь однозначным благом: трезвое восприятие реальной ситуации может только способствовать реальному переходу на МКБ-10.

В практике автора наиболее существенные

трудности в диагностике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств были связаны не соотношением того или иного «набора» диагностических признаков, выявленных каждым врачом в меру своей профессиональной подготовленности у пациентов с перечнем этих признаков в указаниях по диагностике, а с самой способностью однозначно идентифицировать те или иные значимые признаки. Таким образом, прежде всего нуждается в стандартизации сама процедура симптоматической (первичной) диагностики. Без стандартизации такой первичной идентификации операциональная диагностика на уровне диагностических разделов остается произвольной и зависимой от установок и степени имеющейся подготовленности диагноста.

Для устранения подобных трудностей, по нашему мнению, необходимо стандартизированное обучение первичной диагностике с обязательным применением повсеместно используемых рейтинговых шкал, опросников, которые хотя сами по себе, как уже указывалось, не гарантируют адекватную диагностику, но профилируют произвольность распознавания симптомов на начальном этапе. G. Andrews, Peters L. [6] указывают на высокую эффективность, например, такого инструмента как CIDI (Composite International Diagnostic Interview) для комплексного сравнительного изучения диагностики с помощью DSM-IV и МКБ-10. Показаны эффективность изучения тревожности и депрессии с помощью методик PSE [8], выявления малых расстройств психического здоровья и пограничных состояний связанных с ним проявлений психологического дистресса с помощью JHQ (Jeneral Health Questionarie) [8]), а также многочисленные случаи использования шкал различных аффективных расстройств. Внедрение МКБ-10 в практику здравоохранения Украины должно базироваться не на доморощенных кустарных догадках, а на использовании всего общепринятого в мире объема диагностических материалов.

К числу субъективных причин, осложняющих и затрудняющих введение МКБ-10 в практику пограничной психиатрии Украины, можно отнести довольно широко распространенное среди врачей убеждение, что МКБ-10 использует исключительно синдромальный подход к диагностике, а это знаменует отказ от отечественных традиций и низводит дело распознавания психических расстройств на уровень примитивного фельдшерства.

Даже поверхностное знакомство с руководствами, базирующимися на DSM и МКБ-10 позволяет убедиться, по крайней мере, в декларировании приверженности нозологическому подходу. M.Sabshin [24] связывает само появление DSM с повышением интереса к нозологии. Современные теоретические исследования идеологии DSM и МКБ-10 усматривают их прямую генетическую связь с нозологической концепцией Э.Крепелина [19]. Скорее можно говорить об определенном ригоризме нозологического подхода этих классификаций в ущерб необходимости смены диагностической парадигмы в духе позднего Крепелина.. Концепция регистров нарушений психики представляется имеющей гораздо меньшее сродство к современной психиатрии в духе DSM и МКБ-10, чем к традициям даже советской психиатрии.

Вместе с тем, «изгнание» из МКБ-10 как недостаточно определенных для того, чтобы быть научными, терминов «эндогенный», «невроз», «психоз», производит впечатление радикальных перемен. Отказ от терминов – отказом, декларация полной атеоретичности (особенно в Оксфордском руководстве, по мнению A.Munro [20]) – декларацией, однако оставлено в обиходе и прилагательное «невротический», и смысл в это определение вкладывается общепринятый. Что же касается отказа от представления об эндогенности, как маркера определенного прогноза развития симптоматики, то это является большой потерей, прежде всего для возможности выбора оптимального лечения С.Н. Мосолов [3]. Можно только согласиться с Ю.Л.Нуллером [5], что «замешанный на скепсисе прагматизм, выдаваемый за чисто научный объективный подход, едва ли может привести к разрешению проблем, стоящих перед психиатрией». Таким образом, определенная смена словаря психиатра с переходом на МКБ-10 не несет в себе радикальной угрозы для уровня его клинического мышления при условии сохранения профессиональной добросовестности и стремления к самосовершенствованию.

Нозологическая парадигма диагностики в духе Пастера предполагает обязательное выявление этиологического фактора. Ведущая роль психогений (стрессовых воздействий) в совокупности с генетическими (биологическими) и психосоциальными факторами для расстройств рубрики F4 признается и классическими руководствами, ориентированными на МКБ-9 (например, руководство Б.Д. Карвасарского) и тем же Оксфордским руководством. Отмечается даже

поразительное совпадение в их критическом отношении к психоанализу и другим объясняющим психотерапевтическим системам. Канадский рецензент Оксфордского руководства А.Мунго [20] выражает, при общем крайне доброжелательном к книге отношении, неудовлетворенность тем, что «различные виды психотерапии описаны хладнокровно и без заметного энтузиазма». Критицизм руководства, написанного в советское время, по отношению к психоанализу и другим западным психологическим и психотерапевтическим направлениям вполне понятен, но как правильно оценить повышенный критицизм современного западного руководства?

Здесь необходимо остановиться на исторической оценке и нынешнего момента в развитии психиатрии в некоторых странах, и его предшествующих этапов.

Американизация европейской жизни в послевоенные годы стала общеизвестным фактом; любой обыватель ощущает ее не только в смене своего пищевого и зрелищного рациона, но и в изменении языковой среды. Духовное пространство заполняется идеологией протестантских сект, имеющих штаб-квартиры в США... Совсем недавно (13.07.99) С.Ф.Глузман на заключительной дискуссии Нучно-практического семинара по актуальным вопросам психосоматической медицины в Киеве отметил, что отечественная психиатрия, традиционно бывшая немецкоговорящей, стала англоговорящей.

Переход на МКБ-10 стал ответом ВОЗ на «вызов» DSM. Ответ этот во многом представляется почетной капитуляцией; разработанная, вроде бы, с участием многих стран МКБ-10 отличается от DSM всего лишь некоторыми нюансами, «вольностями», вроде «неврастении» или «смешанного тревожно-депрессивного расстройства». Описывая происхождение МКБ-10 А.Мунго [20] отмечает, что «издания DSM оказали чрезвычайно большое влияние на психиатрическую общественность во многих частях планеты, которая стала быстро стандартизировать терминологию, определения и диагностические категории». Автор настоящей публикации далек от реваншизма, замешанного на ксенофобии. Приведенные выше соображения приводятся лишь к тому, чтобы, восприняв введение МКБ-10 как общемировую реалию, мы, поняв генезис этой классификации, могли бы более точно представить механизмы ее формирования и, зная эти механизмы, могли бы прогнозировать реальный характер перехода на эту классификацию и последствия такого перехода.

Итак, исходя из того, что МКБ-10 является классификацией весьма близкой к DSM, вспомним некоторые этапы развития американской психиатрии в последнем столетии, предшествующие появлению DSM.

А.Брилл [7] в «Лекциях по психоаналитической психиатрии» описывает атмосферу в психиатрии штата Нью-Йорк в начале девятисотых, как очень напоминающую ту, в которой оказался герой «Палаты № 6», угодив в соответствующую палату маленькой русскрй земской больницы. Брилл сообщает, что первое знакомство американской психиатрии с идеями Крепелина относится к 1903 году. Ю.Л.Нуллер [5] относит внедрение классификации Крепелина в США к послевоенным годам (имеется в виду 2-я мировая война). Важнейшие дальнейшие достижения европейской психиатрии также не стали широким достоянием американских специалистов: «феноменология (как философская традиция, начатая Гуссерлем, и традиция в психиатрии, инициированная Ясперсом) никогда не имела устойчивого положения в англо-американской психиатрической и психоаналитической литературе». [22]. С конца 30-х годов и окончательно к 50-м, американская психиатрия стала, по словам L.Eisenberg, доктора медицины, профессора психиатрии Гарвардской медицинской школы в Бостоне [10] «рабыней психоанализа», что было практически неизбежно в ситуации отсутствия серьезных научных исследований и одних только ссылок на клинический опыт. Психоанализ, как указывает L.Eisenberg, смог занять доминирующее место благодаря тому, что тогда не существовало других столь эффективных теорий и способов лечения, а также потому, что психоанализ был необыкновенно «требователен» к врачам, понуждая их глубоко вникать в проблематику больных. Для самих психиатров психоаналитически-ориентированная практика была гораздо более экономически выгодна, чем работа в традиционной медицине.

Еще в начале шестидесятых психоанализ в США критиковать было опасно, хотя уже тогда он становился на пути развития биологически – ориентированной психиатрии и клинической феноменологии. Однако окончательный приговор психоанализу подписали не первые успехи психофармакотерапии и не открытие других психологических и психотерапевтических направлений, а также не достижения нейропсихиатрии; «разжалование» психоанализа было предопределено тем, что «острая финансовая необходимость делает роскошью выслушивание хрони-

чески больного человека» [10].

Экономическая необходимость, финансовая выгода психотерапии, ее эффективность стимулировали «отход от идеологии к эмпиризму», к «ремедиализации психиатрии» с 1970, «интересу к нозологии, лечению, эпидемиологии и превентивным стратегиям» [24]. Деидеологизация и определенная дегуманизация психиатрии в США за последние четверть века привели, по едкому выражению L.Eisenberg [10], к тому, что «психиатрия стала превращаться из односторонней «безмозглой» психиатрии прошлого в «безумную» психиатрию настоящего». На смену психологизированной, не интересовавшейся мозговой организацией психических функций, пришла рассудочная и холодная (но «безумная»), так как она не находила глобальных моделей психиатрии эпохи DSM.

Несмотря на то, что в США был наработан огромный опыт клинической психологии и клинической психотерапии, к настоящему времени там возникло ощущение «атрофии психологического мышления и психотерапевтических навыков» [9]. По словам M.Sabshin [24] в 1997 в одной итальянской публикации появилось мнение о том, что «психотерапия в США мертва», что там полностью преобладает биологическое лечение.

Нейропсихиатрия и другие биологически ориентированные направления, несмотря на очевидные успехи, по мнению ряда исследователей [15,19], находятся при этом в весьма неопределенном состоянии, обусловленном трудностью интерпретации новых нейробиологических данных ввиду отсутствия единой концептуальной схемы соотношения уровней организации психики, выходящей за пределы биологического подхода. Недостаток методологической разработанности подменяется декларациями типа «нейронаука сделала очевидным тот факт, что «душа» имеет свои корни в мозге», или «дихотомия мозг/психика более не актуальна» [17,18]. Современная нейропсихиатрия выступает одной из форм новой «френологии» - интуитивного знания о локализации когнитивных функций в различных участках мозга, подпитываемого результатами позитронно-эмиссионной и магнитно-резонансной томографии [16]. Клинически биологическая психиатрия является жестокой версией редукционизма, что ограничивает ее применение [15].

Определенные достижения нейропсихиатрии касаются проблемы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств: по данным L.Eisenberg [10] у пациентов с обес-

сивно-компульсивными расстройствами в процессе поведенческой терапии были обнаружены те же положительные изменения в базальных ганглиях и лимбической системе, что и при применении ингибиторов обратного захвата серотонина; Показано также, что психологические раздражители способны вызывать обсессии, приводящие к усилению регионарного кровотока в определенных участках мозга. Однако наиболее оптимистические результаты касаются случаев синтеза биологически-ориентированных и психотерапевтических методов лечения; предполагается, что ответы на основные неразрешенные вопросы, касающиеся ранней диагностики следует искать в междисциплинарном взаимодействии клинической психиатрии, психологии и эпидемиологии [13,26]. Перспективу успешного будущего американской психиатрии L.Eisenberg [10] видит в первостепенном развитии пациент-центрированной, психологически чувствительной интегративной медицины.

Таким образом, путь развития американской психиатрии пролегает на протяжении последнего века от провинциальной заброшенности и некомпетентности в передовых достижениях мировой психиатрии в начале девятисотых через длительный период доминирования психоаналитической ориентации к современному этапу преобладания психобиологической ориентации, отражением которой является и новая система классификации. Текущий момент в глазах самих американских психиатров представляет угрозу для их психологического мышления и психотерапевтических возможностей.

Наша отечественная история на начальном этапе может быть складывалась чуть более успешно, но, в дальнейшем, монокультура советской психиатрии развивалась без скольких-нибудь значимых прививок и феноменологического, и психоаналитического, и экзистенциального подходов. Реального психоаналитического движения в СССР после тридцатых годов не существовало. Советская психология с ее грандиозными методологическими конструкциями, вроде «деятельностного подхода» очень мало могла дать практической, клинической психологии (позитивный вклад школы Бехтеревского института в значительной степени терялся на просторах огромной страны). Весь ход развития психиатрии и психологии в СССР, вплоть до самого его распада, привел к тому, что у большинства врачей-психиатров психологическое мышление оказалось на самом низком уровне развития, а медицинским психоло-

гам с университетским образованием практически не находилось места в медицине. В независимой Украине положение дел, мягко говоря, нисколько не улучшилось. Чего же можно ожидать в будущем, после окончательного утверждения в нашей стране классификации такого типа, который явно не способствует психологизации клинического мышления? Если даже в США с мощнейшей субкультурой психологической и социальной помощи возникает значительная обеспокоенность депсихологизацией психиатрии, то на почве Украины, практически лишенной культурного слоя психологической традиции, возможно появление чего-то гораздо более страшного, чем «безумная» психиатрия. Особенно тяжкими последствия могут быть в пограничной психиатрии.

Принятие МКБ-10 является событием свершившимся и, в конечном итоге, необходимым для нашей страны, как прием очень сильного лекарства; чтобы лекарство это не превратилось в яд с тератогенным эффектом, по мнению автора, необходим ряд дополнительных мер.

Прежде всего, введение МКБ-10 не должно ограничиваться созданием самодельных транслейтеров с МКБ-9 и обратно и даже не распространением краткого руководства и английского учебника для начинающих. Необходимо целенаправленное переобучение новой классификации в рамках реализации отдельной национальной программы.

Для того, чтобы не скомпрометировать новую классификацию и стоящую за ней диагностическую технологию, для того, чтобы научная

продукция отечественных психиатров имела не кустарный характер, соответствовала мировым стандартам, необходимо, чтобы специалисты страны располагали всем набором документов семейства МКБ-10, рейтинговых шкал, стандартизированных опросников по всем осям классификации. Сведение всей психиатрической премудрости к одной тоненькой зеленой книжечке – верный способ создать еще одно повторение «великой культурной революции».

Еще одним, обязательным, по мнению автора, направлением комплексного внедрения МКБ-10 является развертывание преподавания, ознакомление, хотя бы, с недавно ставшими нам доступными работами Ясперса, Шнайдера, Бинсвангера и др. классиков психиатрии 20 века, преподавание на курсах повышения квалификации по психиатрии и психотерапии прикладных философских вопросов.

К числу самых неотложных мероприятий следует отнести и расширение преподавания психотерапии и психологии как в системе вузовского, так и послевузовского образования; причем, существующие нормативы и программы однозначно необходимо признать неудовлетворительными. Необходимо создать приемлемое требованием текущего момента законодательство о возможности профессиональной деятельности в медицине психолога с университетским образованием. Если психологизация сознания специалистов, работающих в области, по крайней мере, пограничной психиатрии не произойдет, введение МКБ-10 останется всего лишь формальным, в лучшем случае, мероприятием.

О.К.Бурцев

НЕВРОТИЧНІ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ В МКХ-10 ТА ПРОБЛЕМА ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Донецький Державний Медичний Університет, Україна

Розглядаються концептуальні та організаційні питання впровадження рубрики F4 МКХ-10 у практичну діяльність українських психіатрів. Обговорюються об'єктивні та суб'єктивні труднощі переходу на нову класифікацію. Наводяться заходи, які б сприяли адекватному впровадженню МКХ-10 у вітчизняній психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 16-22).

A.C.Burtsev

NEUROTIC, CONNECTED WITH STRESS AND SOMATOFORM DISORDERS IN ICD-10 AND THE PROBLEM OF ITS INTRODUCING IN UKRAINE

Donetsk State Medical University, Ukraine

Conceptual and organizing questions of ISD-10's rubric F4 introducing into the practice of Ukrainian psychiatrists are considered. Objective and subjective difficulties of the transference on the new classification are discussed. The measures that may be useful for adequate introducing of ISD-10 into Ukrainian psychiatry are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 16-22).

Литература

1. Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии.- Екатеринбург: «Деловая книга», 1998.-335с.
2. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии.- М.: Крон-Пресс, 1997.-576с.
3. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.- СПб: Медицинское информационное агентство, 1995.-568с.
4. Нуллер Ю.Л. Аффективные расстройства в проекте 10-го пересмотра МКБ: Преимущества и недостатки // Бехтеревское Обозрение Психиатрии и Медицинской Психологии, 1991, № 3, с.5-11.
5. Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии // Парадигмы в психиатрии.- Видання АПУ.- Київ, 1993,-с.14-20.
6. Andrews G., Peters L. The psychometric properties of the composite international diagnostic interview // Social Psych.. Epidemiology,-1998,- №33, p.80-88.
7. Birly J.L.T DSM-III: From Left-to Right or from Right to Left // British Journal of Psychiatry,-1990,-Vol.157,-p.116-118.
8. Brown G.W., Harris T.O. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. I. Early adversity // Psychological Medicine.-1993.-Vol.23.- p.143-154.
9. Detre T., Mc.Donald M.C. Managed care and the future of psychiatry // Archives of General Psychiatry, - 1997,- № 54,- p.201-204.
10. Eisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections // The Canadian Journal of Psychiatre.-1997,- Vol.42, Sept.,-p.703-705.
11. Fabrega H.. Cultural challenges of the psychiatric enterprise // Compr. Psychiatry, 1995,-p.377-383.
12. Goldberg D., Huxley P. Mental Illness in the Community. The Pathway of Psychiatric Care.-London and New-York: Tavistock Publ., 1980.-p.85.
13. Hohagen F., Berger M. New perspectives in research and treatment of obsessive-compulsive disorders // British Journal of Psychiatry,-1998,- № 74, p.1-2.
14. Jenkins R. Health targets. // Measuring mental health needs.-Ed. by Graham Thornicroft, C.R.Brewin, J.Wing.-London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists,-1994,-p.184.
15. Karlson H., Campinen M.. Biological psychiatry and reductionism: Empirical findings and philosophy. // British Journal of Psychiatry,-1995,-Vol.167,-p.434-438.
16. Kosslyn S.M. Neural system and psychiatric disorders [editorial] // Cogn.Neuropsychiatry, 1996,- № 1., p.89-93.
17. Lieberman J.A., Rush A.J. Redefining the role of psychiatry in medicine // American Journal of Psychiatry,- 1996,- № 153,- p.1388-1397.
18. Marazatti D. Cassano G.B. Neuroscience: where is it heading? Some reflections on the future of brain research at the end of the second millenium [editorial] // Biol. Psychiatry,- № 41,- p.127-129.
19. Mishara A.L., Schwartz M.A. Psychopathology in the light of emergent trends in philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology.// Current opinion in Psychiatry, 1997,- № 10,- p.183-189.
20. Munro A. Oxford Textbook of psychiatry. 3-rd edition. M..Gelder, D.Gath, R.Mayou. Oxford University Press, 1996.- 944 p.//The Canadian Journal of Psychiatry,- Vol.42,- № 4, May, 1997.
21. Parnas J., Bovet P. Research in psychopathology: epistemological issues. // Compr. Psychiatry, 1995,- № 36,- p.377-383.
22. Philips J. Psychotherapy and Philosophy // Current Opinion in psyciatry,- 1997,- № 10., p.406-411..
23. Radden J., Lumps and Bumps: Kantian faculty psychology phrenologi, and twentieth century classification // Phylas. Psychiatr. Psychol.-1996,- № 3,- p.1-14.
24. Sabshin M..Reflects on two decades at the helm of APA / // Psychiatric Servises, 48: 1164-1167, 1997.
25. Stein D.J., Jobson C.O. Psychopharmacology algorithms: pros and cons. // Psychiatric Annals,- 1996,- № 26, p.190,191.
26. Witthen H.- U. Recognition and management of anxiety syndroms // Britich Journal of Psychiatry,- 1998,- № 173 (suppl. 34), p.1-3.

Поступила в редакцию 28.06.99г.

УДК 615.89:64

*А.Л. Вольфогель***О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВНЕДРЕНИЯ МКБ-10 В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: МКБ-10, обучающая программа, взаимодействие биологического и социального, транзакция, интеракция

Систематика психических расстройств отражает современный уровень познания механизмов возникновения и развития психопатологических феноменов. Международная классификация является отражением консенсуса экспертов и психиатрических школ всего мира [1]. Использование МКБ-10 в национальной системе психиатрической помощи означает не только переход на новую систему кодирования диагнозов, но принятие ее идеологии и стратегии [2].

Необходимость обучения врачей детских и подростковых психиатров работе с МКБ -10 объясняется в значительной мере тем, что последние годы заметен рост нервно - психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Основной причиной последнего следует считать увеличение социального напряжения в стране, экологический кризис, снижение морально-этических требований. Дети и подростки практически предоставлены сами себе (гипоопека, безнадзорность). Это в свою очередь приводит к раннему возникновению девиантных форм поведения (антидисциплинарное, антисоциальное, делинквентное и аутоагрессивное). Жизнь в условиях постоянного стресса как в обществе, так и в семье приводит к ранней алкоголизации, противоправной деятельности, раннему приёму наркотических средств и, как следствие, росту числа суицидов в подростковом возрасте. Отмечается рост правонарушений среди подростков, последнее повышает требования к различного вида экспертизам (военная, трудовая, судебная). Некоторые необдуманные реформы в стране (в частности начало обучения с 6 летнего возраста) привели к искусственной «дебилизации» значительного числа детей - ретардантов, непосильные нагрузки для незрелой психики способствуют возникновению гиперкинетических расстройств, расстройств поведения и эмоций, расстройств речи и общения.

Отмечен рост числа детей с врождённым недоразвитием интеллекта. Последнее является

следствием экоцида в республике. В известной мере продолжается влияние на генофонд последствий аварии на ЧАЭС, увеличивается число лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, значимы проблемы питания и т.п. [3]. Важно учитывать тот факт, что у лиц с умственной отсталостью возможны все соматические и психические расстройства, это требует индивидуального, чрезвычайно этичного подхода при работе с ними. Умственно отсталые лица чаще становятся жертвами эксплуатации, физического и сексуального насилия. Эти же причины лежат в основе расстройства школьных навыков, речевой патологии, а также специфически важных для менталитета врача расстройств развития в виде различных вариантов аутизма, гиперактивного расстройства поведения и других расстройств развития. Актуальность данной проблемы обусловлена задачей социальной адаптации детей и подростков, необходимостью организации специализированных учебных заведений. До настоящего времени не разработана программа социальной адаптации лиц с аутизмом.

В МКБ-10 отсутствуют термины «заболевание», «болезнь». Используется термин «расстройство личностного функционирования». Это особенно важно в отношении лиц с врождённым недоразвитием интеллекта, так как последние отображают иной уровень личностного функционирования, при котором имеет место определённая группа симптомов и поведенческих девиаций. МКБ-10 окончательно отказывается от архаических терминов «дебил», «имбецил», «идиот», которые приобрели социально негативный оттенок, предложены нейтральные профессиональные термины. Умственная отсталость - это неполное развитие психики, которое заключается в недостаточности когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. У умственно отсталых можно наблюдать весь диапазон психических расстройств. Адаптивное поведение нарушено всегда, поэтому важна роль

мероприятий по социальной адаптации.

Критики предыдущих классификаций отмечают их парадигматический характер: диагностика основывалась на выделении «типичных среднестатистических случаев». Врач, который усваивал эти типичные модели, сравнивал каждый случай со «штампом»: выбирая наиболее «подходящий» вариант (Н. Katsching, С. Simhandl, 1986). В конечном счете это привело к резкому сокращению диагностического репертуара. Так, врачами детских стационаров Донецкой области (гг. Донецк, Горловка, Славянск) используются преимущественно 12 вариантов диагностических заключений, в то время как МКБ-10 предполагает использование 68, без учета в структуре детско - подростковых нервно-психических расстройств эндогенных заболеваний и эпилепсии. Это свидетельствует о том, что синдромальный принцип диагностики допускает значительно больший «диагностический разброс», по сравнению с классическими диагностическими системами.

О.В. Кербинов в свое время высказал замечательную мысль: «корни психиатрии приходятся на детский возраст»[4]. Это нашло отражение в том, что в МКБ-10 нервно-психическим расстройствам детского и подросткового возраста отведено три модуля [F7, F8, F9].

МКБ-10 в значительной мере расширяет понимание взаимодействия биологического и социального в детской психиатрии. Так, представители ряда школ полагали, что для детей не характерны депрессии и квалифицировали подобные расстройства, как псевдоделинквенция [5, 6, 7]. Однако современные особенности формирования личности детей и подростков в условиях экоцида, социального кризиса, а также асинхроний психического развития создают предпосылки для развития у них устойчивых, депрессивных состояний [8]. Выделение такой рубрики в МКБ-10 не только отражает клиническую реальность, но способствует профессионально грамотному отношению к пациенту.

Касаясь вопросов диагностической конверсии, следует отметить, что проблемам нервно - психических расстройств в детском и подростковом возрасте в предыдущих классификациях уделялось незаслуженно мало места. В современной классификации впервые представлены обсессивно-компульсивные расстройства детского возраста, а также нарушения сна и приема пищи, в генезе которых важная роль отводится биологическим факторам [9-10].

Значительное место в диагностическом мо-

дуле F9 принадлежит различию между интеракционными и трансакционными взаимодействиями. Это четко отражено в категориях F90; F91 , где показано, что поведение индивида во многом обусловлено «принципом самоуравновешивания» (самоисправления), который вступает в действие, если девиации поведения значительно отклоняются от «золотой середины» [11].

Внедрение МКБ-10 предусматривает пересмотр соотношения между клиническим и анамнестическим методами в диагностическом процессе. Традиционным в профессиональном сознании современного поколения детских психиатров является принцип - «диагноз - это на 70 % анамнез». Создатели новой классификации в части детской и подростковой психиатрии отдают предпочтение распознаванию клинических феноменов. Последнее особенно важно , потому что в практике детских психиатров нередко использовалась тактика «щадящего диагноза». МКБ-10 - предполагает не «щадить» , а адекватно оценивать клинику - диагностические особенности пациента, и применять соответствующую терапевтическую тактику. Следует однако отметить, что в части клинических исследований анамнезу должно уделяться, тем больше места, чем младше ребенок .

Основная проблема применения МКБ-10 в практической деятельности врача определяется тем фактом, что из модулей F8 и F9 исключены эндогенные и резидуально - органические расстройства психической деятельности, отсутствует категория - эпилепсия. Предлагается использовать коморбидность классификации, однако это не исключает путаницы. Предыдущие модули касаются расстройств взрослой личности, вместе с тем общеизвестно, что более 50% лиц, состоящих на учёте у детского и подросткового психиатра страдают теми или иными расстройствами, в основе которых церебрально-органическая патология.

Несомненно положительным моментом МКБ-10 в модуле F 7 является более тонкое клиническое разграничение степеней умственной отсталости , последнее способствует улучшению качества работы МПК и социальных служб. Однако, декомпенсированные варианты умственной отсталости сведены только к поведенческим девиациям, в то же время практикующий врач сталкивается с тем фактом, что у этих лиц имеются неврозоподобные расстройства, судорожные состояния и т.п. В практической деятельности врача это важно учитывать, т.к. терапевтическая тактика направлена на сим-

птомы, отражающие клинику декомпенсации.

Касаясь модуля F 8 - следует отметить, что значительно расширена картина аутизма, за счёт редких «экзотических» синдромов, в частности синдром Ретта, распространённость которого оценивается как 1: 10000 - 15 000. Столь же редко встречающийся в практике врача синдром Геллера, в классификации представлен как «другое дезинтегративное расстройство». В то же время чётко не оговорены синдром Каннера и аутизм при эндогенном расстройстве. Последнее заставляет практического врача шифровать расстройство, исходя из требований МКБ-10, а терапию проводить на основании нозологического подхода.

На протяжении многих лет в зарубежной литературе описывались расстройства в рамках РДВГ (расстройств с дефицитом внимания и гиперактивностью), эта проблема по мнению ряда авторов в первую очередь обусловлена урбанизацией и нашла отражение в МКБ-10. Расстройство чрезвычайно устойчиво и вопреки распространённому мнению у большинства детей симптомы сохраняются и в подростковом возрасте [12-16].

Модуль F 9 несомненно расширяет границы категории расстройства социального поведения. В зависимости от географических, этнических и экономических факторов расстройство поведения встречается у 5 — 15% детей и подростков. Расстройства представлены как ограниченные рамками семьи, нарушающими либо не нарушающими социальные связи и оппозиционно -

вызывающие. Практикующему врачу в связи с этим трудно ориентироваться в природе расстройства и следовательно планировать мероприятия по социальной адаптации; поэтому представляются спорными приводимые рубрики. На протяжении нескольких десятилетий детские и подростковые психиатры спорили о феномене т.н. «школьной дезадаптации». Противники выделения такого самостоятельного синдрома отмечали, что любое нервно - психическое расстройство у детей и подростков проявляется в нарушении поведения и не позволяет говорить об индивидуальном подходе при проведении мероприятий по социальной адаптации. В таком случае отражён только социальный аспект проблемы, но практический врач понимает, что тактика терапевтического воздействия различна при эндогенном расстройстве, невротическом, резидуально - органическом, психопатоподобном, резидуально - органическом, также при патохарактерологическом и невротическом формировании личности в т.ч. нервной анорексии.

Несомненной заслугой МКБ-10 является введение рубрики депрессивное расстройство поведения, которое ранее расценивалось как псевдоделинквентность, пользуясь возможностью комобирдности данное расстройство можно рассматривать и в структуре эндогенного заболевания.

Нам представляется, что внедрение в практику МКБ-10 внесёт необходимые коррективы и последующая классификация будет в большей степени отражать клинические реалии.

А.Л. Вольфогель

ПРО ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МКХ-10 У ДИТЯЧЕ-ПІДЛІТКОВУ ПРАКТИКУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

У статі наводяться концептуальні та клінічні аспекти впровадження МКХ-10 у дитяче-підліткову психіатричну практику держави. Наводяться деякі особливості МКХ-10, які з нашої точки зору зашкоджують швидкому впровадженню МКХ-10. Разом з тим, підкреслюється безперечно прогресивна тенденція МКХ-10 в цілому. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 23-26).

A.L. Voltfogel

ABOUT SOME ASPECTS OF ICD-10'S INTRODUCTION INTO THE PRACTICE OF CHILDREN AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article presents conceptual and clinical aspects of ICD-10's introduction into the state practice of children and adolescent psychiatry. Some ICD-10's peculiarities that, from the author's point of view, may decelerate its introduction are considered. Undoubtedly progressive character of ICD-10 is underlined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P.23-26).

Литература

1. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство. 2-е издание перераб. и доп. - М.: «Медицина», 1997. - 496 с.
2. Абрамов В.А. МКБ-10 - методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии. // Журнал психиатрии и медицинской психологии . Донецк, 1999, № 1 (5), с. 3-12.
3. Базыльчик С.В. Пограничные нервно - психические расстройства у детей и подростков, проживающих на территориях радиоактивного загрязнения: Автореф. дис. ...к.м.н. - 1993. - 23 с.
4. Кербиков О.В. Избранные труды. М., 1971. - 311 С.
5. Mahler M.S. On sadness and grief in infancy and childhood. Psychoanal. Study Child 1961; 16: 332 - 354.
6. Mc Conville B.J., Boag L.C., Purochit A.P. Three types of childhood depression. Can. J. Psychiatry 1973; 18: 133 - 178.
7. Poznanski E., Krahenbul V., Zrull J. Childhood depression. J. Am. Acad.
8. Puig-Antich J., Goetz D., davies m. et al. A controled family history study of prepubertat major depressive disorders. Arch. Gen. Psychiatry 1989; 46: 406 - 418.
9. Flament M.F., Koby E., Rapoport J.L. et al. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study . J. Child Psychol. Psychiatry 1990; 31: 363-380.
10. Minde K., popiel K., Leos N. et al. The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. J. Child Psychol. Psychiatry 1993; 34: 521-533.
11. Benoit D. Failure to thrive and feeding disorders. In : Zeanah CH Jr, ed. Handbook of infant mental health. New York: The Guilford Press, 1993; 317 - 3317
12. Sameroff A. J., Chandler V.J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In : Horowitz F.D., Heterington M., Scarr-Salapatec S., Siegal G., eds. Review of child development research, Volume 4. Chicago: University of Chicago Press, 1975.
13. Weiss G., Minde K., Werry J. et al. A five - year follow - up study of hyperactive school children. Arch. Gen. Psychiatry 1971; 24: 409 - 414.
14. Satterfield J., Hoppe C., Scell A. Prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. Am . J. Psychiatry 1982; 139: 797 - 798.
15. Gittelman R., Mannuzza S., Shencer R. et. al. Hyperactive boys almost drown-up. Arch. Gen. Psychiatry 1985; 42: 937 - 947.
16. Barkley R. A., Fischer M., Edelbrock C.S. et. al. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an eight year prospective follow - up study. J. Am. Acad. Chid Adolecs. Psychiatry 1990; 29: 546 - 557.

Поступила в редакцию 10.02.99г.

УДК 616.89(012)+616.89(07)

*В.А. Абрамов***ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕЖДУНАРОДНОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 10-ГО
ПЕРЕСМОТРА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ПРОЕКТ)**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: МКБ -10, учебная программа, содержание обучения.

Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра содержит многочисленные инновационные положения, существенно затрагивающие различные сферы деятельности врача-психиатра, в т.ч. стратегию и тактику диагностического процесса [1,3].

По мнению ВОЗ и ВПА, а также исходя из начального опыта внедрения МКБ-10 в Украине, возможность ее адекватного использования находится в прямой связи с обучением специалистов [4], т.к. предполагается не просто переход от одной классификационной системы к другой или новая система кодирования диагнозов, а кардинальное изменение диагностической технологии, клинического мышления психиатров, всей системы охраны психического здоровья [1].

Разработанная ими программа обучения представляет собой макет организации учебного процесса, но не содержит методических материалов, необходимых для её внедрения. Кроме того, обучение правильному использованию МКБ-10 требует уточнения целей обучения и применения современной педагогической системы. В основу такой системы может быть положен принцип программно-целевого обучения использованию МКБ-10 в клинической практике.

Её внедрение предусматривает решение двух задач:

1. Управление содержанием обучения.

2. Управление организацией и методическим обеспечением учебного процесса.

Управление содержанием обучения должно осуществляться при помощи учебной программы и составленного на ее основе «Руководства по использованию МКБ-10 в психиатрической практике». Содержание обучения включает общетеоретическую часть и специальную часть, состоящую из следующих разделов:

1. Цель обучения.

2. Актуальность проблемы.

3. Структура диагностического модуля.

4. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

5. Диагностические категории.

6. Основные диагностические указания в контексте четырехступенчатой классификации.

7. Стандарты дифференциальной диагностики (диагностические алгоритмы).

8. Элементы профессиональной деятельности (умения).

Базовый курс обучения обеспечивает специальную клиническую подготовку, направленную на формирование навыков идентификации психических расстройств в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 и на достижение высокой диагностической согласованности (воспроизводимости). Этот курс не затрагивает практического использования многоосевой диагностики и обучения стандартизированным методам оценки психического состояния пациентов (SCAN, CIDI др.).

Система обучения использованию МКБ-10 предусматривает единый стандарт организации учебного процесса и единый методологический принцип обучения (профессионально-деятельностный подход), принятый во многих вузах Украины [2].

Алгоритм (единый стандарт) организации учебного процесса представлен двумя этапами:

- 1-й этап - предварительная управляемая самоподготовка;

- 2-й этап - базовый курс обучения (50 часов): лекции - 14 часов, практические занятия - 36 часов, в т.ч. 18 часов - учебный тренинг (самостоятельное решение обучающих заданий). Всего каждый обучающийся за весь период обучения должен выполнить 180 обучающих заданий, в т.ч. 120 - самостоятельно, по всему периметру диагностических модулей МКБ-10.

Оценка эффективности обучения использованию МКБ-10 осуществляется по каждому раз-

делу (рубежный контроль) и по программе в целом (заключительный контроль). Рубежный контроль осуществляется преподавателем в конце каждого занятия, заключительный - специальной комиссией.

Методика оценки эффективности обучения состоит в следующем: каждый обучающийся получает набор из 10 тестовых заданий (охватывающих все диагностические модули), в которых опущен раздел «диагноз и его обсуждение». Решение каждой задачи заключается в ответах на четыре вопроса:

1. Диагноз по МКБ-10?
 2. Какие симптомы Вы выявили у больного?
 3. Какие симптомы Вы расценили как основные при постановке диагноза?
 4. С какими заболеваниями Вы дифференцировали установленное психическое расстройство?
- Основным критерием усвоения программы

обучения является умение применять МКБ-10 в реальных клинических ситуациях и обосновывать диагностические решения.

Курс засчитывается, если обучающийся выполнил правильно от 70 до 80% контрольных индивидуальных заданий - («удовлетворительно»), 81-90% - («хорошо»), свыше 90% заданий - («отлично»).

Успешно завершившему обучение выдается соответствующий сертификат.

Наличие сертификата об окончании 3-х курсов программы обучения (базовый курс, многоосевая диагностика, методы оценки психического состояния) является обязательным для профессиональной аттестации врача психиатра.

Ниже приведен один из возможных вариантов программы обучения использованию Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра в клинической практике.

ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Концептуальное и таксономическое значение МКБ-10 в психиатрии.

Всемирное значение МКБ-10. Парадигмальное значение МКБ-10 для украинской психиатрии. Высокая диагностическая воспроизводимость - как основное условие присоединения украинских психиатров к мировому психиатрическому сообществу.

История создания МКБ-10 (Глава V). Структура главы V МКБ-10. Структура кодов. Версии МКБ-10. Руководство по диагностике. Короткая версия. Научно-диагностические критерии. Многоосевое представление МКБ-10. Особенности терминологии и лексики. Методы оценки главы V МКБ-10. Международная схема диагностической беседы с больным (CIDI). Шкала клинической оценки в нейропсихиатрии (SCAN). Международная схема исследования личности (IPDI). Цели использования методов оценки.

МКБ-10 - методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии.

Профессиональные векторы МКБ-10: распознавание психических расстройств, клиническое мышление психиатра, функциональная (многоосевая) диагностика, культура профессионального общения, содержание истории болезни, лечебная тактика, экспертно-реабилитационная деятельность, отраслевая статистическая отчетность.

Различия традиционного подхода к диагностике и единых диагностических правил МКБ-10.

Профессионально-операциональное клиническое мышление как основа новой диагностической стратегии. Синдромный принцип диагностики психических расстройств. Организация введения МКБ-10 в Украине: статистические и альтернативные подходы.

Адекватное использование МКБ-10 - предпосылка деинституциализации и децентрализации психиатрической помощи, внедрения биопсихосоциальной модели обслуживания населения.

Правовые аспекты и гуманизация психиатрической помощи. Создание устойчивой основы для социальной интеграции пациентов.

Единый научно обоснованный стандарт диагностического процесса как профилактика злоупотреблений психиатрией.

Инновационные аспекты МКБ-10.

Редукция нозологического подхода к систематике психических заболеваний. Синдромальный уровень диагностики психических расстройств.

Структурированные и стандартизованные методы оценки психического состояния, трудоспособности и личности пациента, алгоритмическая диагностика, опирающаяся на базисные симптомы как основа нормативного диагностического процесса. Приоритетность клинико-динамического исследования в психиатрии.

Увеличение диагностического диапазона, вариабельность психических расстройств, уменьшение стигматизации пациентов.

Многоосевой (многофакторный) подход к

диагностике: клинические диагнозы, нетрудоспособность, контекстуальные факторы.

Особенности терминологии, понятийного аппарата МКБ-10 (расстройство, органический, симптоматический, психотический, невротический, психогенный, психосоматический, нарушение, нетрудоспособность, затруднение) и диагностической лексики.

Инновационные аспекты диагностических модулей.

Методология психиатрического диагноза.

Лечить больного, а не болезнь - основополагающий принцип медицины. Функциональный диагноз в психиатрии как отражение системной интеграции биопсихосоциальных особенностей больного. Основные компоненты функционального диагноза: патодинамический, психологический и социальный. Типы внутренней картины болезни. Типы приспособительного поведения и социальной интеграции больного. Адаптивные ресурсы личности. Методы оценки структурных компонентов функционального (многомерного) диагноза. Взаимосвязь понятий «функциональный диагноз» и «многоосевая диагностика» в МКБ-10.

МКБ-10 и отраслевая статистическая отчетность.

Принципы и правила кодирования психиатри-

ческих диагнозов. Конверсионные аспекты МКБ-10. Соотношение диагностических заключений и международных кодов МКБ-10 двух последних пересмотров. Современные требования к структуре статистического отчета о состоянии психиатрической помощи. Статистический отчет как основа для разработки стандартов психиатрической помощи с учетом общеевропейского опыта и региональных условий.

Система программно-целевого обучения пользователей МКБ-10 (базовая программа обучения).

Обоснование необходимости специального обучения использованию МКБ-10 в клинической практике. Недостатки традиционных подходов к ознакомлению с МКБ-10. Обучающая программа ВОЗ.

Основные педагогические принципы, положенные в основу программы обучения. Сквозная программа целей обучения, ориентированных на рациональную профессионально-диагностическую деятельность. Структура базовой программы обучения. Основные принципы программно-целевого обучения использованию МКБ-10 в клинической практике. Обучающие задания и алгоритмическая диагностика. Оценка эффективности обучения. Управление обучением.

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

F 0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

Цель: формирование умений идентификации органических, включая симптоматические, психических расстройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики..

Диагностические категории:

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах

F03 Деменция, неуточненная

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

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

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки, органических, включая симптоматические, психических расстройств.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Деменции», «Органический амнестический синдром», «Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами», «Органическое кататоническое расстройство», «Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга»).

3. Диагностировать психические расстройства, описанные в данном диагностическом модуле.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

Цель: формирование умений идентификации психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения : Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F1x.0 Острая интоксикация

F1x.1 Употребление с вредными последствиями

F1x.2 Синдром зависимости

F1x.3 Состояние отмены

F1x.4 Состояние отмены с делирием

F1x.5 Психотическое расстройство

F1x.6 Амнестический синдром

F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам. («Острая интоксикация психоактивными веществами», «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ»).

3. Диагностировать психические расстройства, описанные в данном диагностическом модуле.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F 2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

Цель: формирование умений идентификации шизофрении, шизотипических и бредовых рас-

стройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F20 Шизофрения

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25 Шизоаффективные расстройства

F28 Другие неорганические психотические расстройства

F29 Неуточненный неорганический психоз

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Шизоаффективные расстройства», «Постшизофреническая депрессия», «Шизофрения», «Шизофреноподобные расстройства», «Хронические бредовые расстройства», «Острые и транзиторные психические расстройства»).

3. Диагностировать психические расстройства, описанные в данном диагностическом модуле.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F 3 Аффективные расстройства настроения

Цель: формирование умений идентификации (аффективных) расстройств настроения в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения. Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F30 Маниакальный эпизод

F31 Биполярное аффективное расстройство

F32 Депрессивный эпизод

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F34 Хронические (аффективные) расстрой-

ства настроения

F38 Другие (аффективные) расстройства настроения

F39 Неуточненные (аффективные) расстройства настроения

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки аффективных расстройств настроения.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Депрессивные расстройства», «Маниакальные расстройства»).

3. Диагностировать (аффективные) расстройства настроения, описанные в данном диагностическом модуле.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Цель: формирование умений идентификации невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F40 Тревожно-фобические расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F45 Соматоформные расстройства

F48 Другие невротические расстройства

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства»,

«Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации», «Диссоциативные и соматоформные расстройства»).

3. Диагностировать невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Цель: формирование умений идентификации поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F50 Расстройства приема пищи

F51 Расстройства сна неорганической природы

F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах

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

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Расстройства сна неорганической природы», «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием»).

3. Диагностировать психическое расстрой-

ство.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Цель: формирование умений идентификации расстройств зрелой личности и поведения у взрослых в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F60 Специфические расстройства личности

F61 Смешанное и другие расстройства личности

F62 Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга

F63 Расстройства привычек и влечений

F64 Расстройства половой идентификации

F65 Расстройства сексуального предпочтения

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентациями

F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки расстройств зрелой личности и поведения у взрослых.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Расстройства зрелой личности», «Расстройства сексуального предпочтения», «Расстройства привычек и влечений»).

3. Диагностировать психические расстройства.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F7 Умственная отсталость

Цель: формирование умений идентификации умственной отсталости в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F70 Легкая умственная отсталость

F71 Умеренная умственная отсталость

F72 Тяжелая умственная отсталость

F73 Глубокая умственная отсталость

F78 Другая умственная отсталость

F79 Неуточненная умственная отсталость

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки умственной отсталости.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартному алгоритму («Умственная отсталость»).

3. Диагностировать психическое расстройство.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F 8 Нарушения психологического развития

Цель: формирование умений идентификации нарушений психологического развития у детей и подростков в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики.

Диагностические категории:

F 80 Специфические расстройства развития

F 81 Специфические расстройства развития школьных навыков

F 82 Специфические расстройства двигательной функции

F 83 Смешанные специфические расстройства психологического развития

F 84 Общие расстройства развития

F 88 Другие расстройства психологического развития

F 89 Неуточненное расстройство психологического развития

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности

сти (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки нарушений психологического развития у детей и подростков.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартному алгоритму («Детский аутизм»).

3. Диагностировать психические расстройства, описанные в данном диагностическом модуле.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Цель: формирование умений идентификации поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Содержание обучения: Актуальность проблемы. Структура диагностического модуля. Инновационные и конверсионные аспекты диагностики

Диагностические категории:

F90 Гиперкинетические расстройства

F91 Расстройства поведения

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста

F94 Расстройства социального функциониро-

вания с началом, специфическим для детского и подросткового возраста.

F95 Тикозные расстройства

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Неуточненное психическое расстройство

Основные диагностические указания в контексте 4-х ступенчатой классификации. Стандарты дифференциальной диагностики.

Элементы профессиональной деятельности (умения):

1. Выделять базисные клинико-динамические признаки поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте.

2. Осуществлять дифференциальную диагностику по стандартным алгоритмам («Тикозные расстройства», «Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста», «Расстройства социального функционирования с началом специфическим для детского и подросткового возраста»).

3. Диагностировать психические расстройства, описанные в данном диагностическом модуле.

4. Использовать международную диагностическую терминологию и лексику.

5. Кодировать психиатрические диагнозы, представленные в данном модуле.

Современные подходы к методическому обеспечению процесса обучения использованию МКБ - 10 в клинической практике изложены в статье В.А. Абрамова и Т.Л. Ряполовой, опубликованной в этом выпуске журнала.

Абрамов В.А.

ПРОГРАМА ВИВЧЕННЯ КОРИСТУВАННЯ МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ 10-ГО ПЕРЕГЛЯДУ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

У статі наведена програма вивчення МКХ-10, яка передбачає єдиний стандарт організації навчального процесу та єдиного методичного підходу до навчання. В її основу покладений професійно-діяльнісний принцип, спрямований на реалізацію кінцевих цілей навчання: навчання навикам ідентифікації психічних розладів відповідно до категорії МКХ-10. Програма викладання (базовий курс розрахован на 50 годин, містить лекції, практичні заняття та учбовий тренінг, а також загальнотеоретичний та спеціальний розділи) (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 27-34).

V.A. Abramov

EDUCATIONAL PROGRAMME OF USIND ICD-10 IN CLINICAL PRACTICE

Donetsk State Medical University, Ukraine

The educational programme of ICD-10` teachig is presented. This programme is a single standart of educational process and a single methodological approach to the teaching. The programme is based on the professional acivity`s princeple, that is orieuted on the relisation of the final targets of education: the teachig skill of the mental disorders` identification according to the diagnostic criteria of the ICD-10.

The programme (basic course) provides 50 hours for larning and includes lections, practice and educational training, has theretical and special parts. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 27-34).

Литература

1. Абрамов В.А. МКБ-10 Методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1999. № 1 - с. 3-12.

2. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С. и соавт. Высшее медицинское образование. - «Здоровье». Донецк. - 223 С.

3. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации -краеугольный камень реформы отечественной психиатрии. //Вісник асоціації психіатрів України. -1998. - № 3. - С. 39-54.

4. Международная классификация психических и поведенческих расстройств (глава V МКБ-10). Программа обучения. ВОЗ. ВПА. - 1996.

Поступила в редакцию 17.05.99г.

В.Б.Первомайський, В.Р.Лейко, А.І.Цубера

НАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії, Україна

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, алкоголізм, наркоманія

За часів СРСР, виходячи з відокремлення наркології від психіатрії, було зроблено спробу усамостійнити так звану судово-наркологічну експертизу. Зокрема, у 1988 році МОЗ СРСР затвердило «Тимчасову інструкцію про проведення судово-наркологічної експертизи». Ця інструкція мала суттєві вади юридичного характеру, не узгоджувалася з чинним в Україні законодавством, а її застосування порушувало права людини [1]. Непорозуміння, що виникали при цьому, обумовлювались практикою наркологічної служби часів СРСР. Тоді існували наркологічні комісії, які проводили обстеження осіб щодо наявності алкоголізму та відсутності протипоказань для примусового лікування в ЛТП. За змістом і за формою це було позапроцесуальне обстеження, тому що, всупереч чинному законодавству про адміністративні правопорушення, не мало жодних ознак судової експертизи [2].

Незважаючи на це, саме на ті ж комісії згодом відповідною інструкцією МОЗ СРСР (наказ МОЗ СРСР N 1135 від 18 листопада 1982 р.), було покладено завдання обстеження звинувачених у кримінальних злочинах щодо застосування до них ст. 62 КК РРФСР (ст. 14 КК України). При цьому було залишено поза увагою п'ять принципово важливих обставин.

Перша. Існування медичних комісій для обстеження осіб, які направлялись до ЛТП, протирічить законодавству про адміністративні правопорушення. Згідно з ним в подібних випадках має призначатись судова експертиза.

Друга. Зазначені медичні комісії не є незалежними з процесуальної точки зору, оскільки діють в структурі наркологічних установ.

Третя. Доручення зазначеним медичним комісіям вирішення питання про примусове лікування обвинуваченого згідно з ст.14 КК (ч.4 ст.324 КПК) протирічить ч.1 ст.75 КПК, якою передбачається призначення експертизи у випадках, коли для вирішення певних питань при про-

вадженні у справі необхідні наукові, технічні або інші спеціальні знання.

Четверта. Згідно з чинним законодавством висновки зазначеної медичної комісії, як і будь-який інший психіатричний медичний документ у справі, можуть бути враховані судом тільки після отримання висновків судово-психіатричної експертизи.

П'ята. Спроба усамостійнення судово-наркологічної експертизи не має наукових підстав і тому є штучною.

З наукової точки зору саме психіатрія володіє тими спеціальними знаннями, на які посилається законодавець в ч. 1 ст.75 КПК. Наркологічні знання (тобто наркологія) входять невід'ємною частиною до психіатрії. Через це, так звана судово-наркологічна експертиза, не має природнього наукового обґрунтування, а саме, окремих предмета та методу дослідження, які би відрізнялися від предмета та методу судової психіатрії. Якби ця обставина не була визначальною, поряд з судово-медичною експертизою мали б існувати, наприклад, судово-неврологічна, судово-фтізіатрична або судово-терапевтична експертиза тощо.

Нехтування цією обставиною призводить до позбавлених наукового сенсу хибних пропозицій про проведення «комплексних судових нарколого-психіатричних експертиз» [3]. Через відсутність своєї інструктивної бази щодо судово-психіатричної експертизи станів залежності і певні колізії в законодавстві, деякі СПЕ в Україні, на жаль, некритично ставляться до таких рекомендацій. Порушуючи закон, експерти самостійно перейменовують доручені їм психіатричні експертизи на «комплексні нарколого-психіатричні», або на «наркологічні» і припускаються інших процесуальних помилок.

Між тим, питання про комплексні експертизи розглянуто на пленумі Верховного Суду України в травні 1997 року. У п.12 відповідної Постанови зазначено, що «комплексна експертиза призна-

часться у випадках, коли необхідно провести дослідження за участю декількох експертів, які є фахівцями у різних галузях знань»[4]. Будь-якому фахівцю, який знається на проблемах психіатрії, відомо, що психіатрія і наркологія не є різними галузями знань. Тому їх поєднання через поняття «комплексності», не тільки спотворює зміст цього поняття, але тягне за собою перспективу шматування судово-психіатричної експертизи на дрібні самостійні або «комплексні» «неврологічні», «епілептологічні», «шизофренічні» експертизи тощо.

Тобто, згідно з чинним законодавством та науковими даними, якщо у слідства є достатньо підстав вважати можливим застосування до обвинуваченого ст. 14 КК, має призначатися тільки судово-психіатрична експертиза. В організаційному плані для вирішення цих питань в Україні діє достатня мережа судово-психіатричних підрозділів у складі психіатричних лікарень.

Слід зазначити, що такому підходу не може зашкодити ст. 324 КПК, у п. 14 якій наголошено, що примусове лікування, про яке йдеться у ст. 14 КК., може бути застосовано лише за умови наявності відповідного висновку лікувальної установи.

По-перше, ця стаття принципово протирічить п. 1 ст. 75 КПК, яка регулює питання призначення судово-психіатричної експертизи, коли в справі виникає необхідність у спеціальних знаннях. Визначення необхідності застосування лікувальних заходів вимагає саме спеціальних знань, бо базується передусім на виявленні ознак алкоголізму чи наркоманії та визначенні ступеня активності цих хвороб.

По-друге, ст. 324 КПК пропонує позапроцесуальний шлях вирішення питання, яке має не тільки юридичне, але і особистісне значення для обвинуваченого, про що трохи далі. Навряд чи треба доводити, що «висновок лікувальної установи» не є висновком судової експертизи з усіма наслідками щодо постанови про її проведення, надання об'єктів для дослідження, попередження про відповідальність тощо. І через все це незрозуміло, чому, коли питання можна вирішити за допомогою судової експертизи, його штучно розділяють на дві частини. Першу — про наявність алкоголізму і наркоманії — доручають

вирішувати судовій експертизі, а другу — про лікування — медичній установі, яка не має ніяких експертних повноважень. Тим більше, що навіть порядку такого призначення законом не передбачено.

По-третє, ст. 324 КПК не заперечує призначення судово-психіатричної експертизи для вирішення питань, передбачених ст. 14 КК, і тому не є вирішальною щодо прийняття судом рішення про застосування примусового лікування до осіб з алкоголізмом чи наркоманією, які вчинили злочин на ґрунті своєї хвороби.

По-четверте, висновок будь-якої медичної комісії стосовно обставин, які мають юридичне значення і встановлення яких вимагає спеціальних знань, отриманий позапроцесуальним порядком, може бути лише підставою для призначення судової експертизи у відповідній галузі знань.

З набуттям Україною незалежності ситуація ще більше ускладнилась. Відсутність національної інструктивно-методичної бази щодо порядку вирішення обговорюваного питання спонукає слідчі та судові органи діяти за застарілою схемою, яка базується на документах часів СРСР. У свою чергу, експерти, через відсутність науково-методичного керівництва, діють на власний розсуд.

Це призводить до певних хиб у методиці дослідження і, як наслідок, до помилкових рішень, які не тільки порушують права людини, але й перешкоджають правосуддю. Існуюча практика вирішення питань щодо наявності у обвинуваченого алкоголізму або наркоманії входить у все більше протиріччя як з науковими даними, так і чинним недосконалим законодавством.

Всі зазначені вище обставини свідчать про загальну потребу термінового усунення протиріч, що накопичились у практиці призначення та проведення експертизи на предмет застосування ст. 14 КК, та приведення їх у відповідність до наукових підстав з необхідною корективною законом.

Викладені далі узагальнення і факти є наслідком експертного аналізу матеріалів 1684 хворих на алкоголізм, 183 хворих на наркоманію і 32 осіб, які епізодично вживали наркотичні засоби. Всі досліджені притягались до кримінальної відповідальності і піддавались судово-психіатричній експертизі в експертних установах м.Києва у 1976-1987 р.р. [5,6].

1. Типові помилки при призначенні судово-психіатричної експертизи щодо застосування ст. 14 КК України

1.1 Юридичне значення алкоголізму та наркоманії

Юридичне значення алкоголізму та наркоманії

визначається передбаченою законодавством у ст. 14 КК можливістю застосування до осіб, які вчинили злочин на ґрунті алкоголізму та нарко-

манії, примусового лікування незалежно від міри кримінального покарання, відповідно у місцях позбавлення волі або спеціальних медичних закладах.

Визнання обвинуваченого хворим на алкоголізм або наркоманію має для нього суттєве значення. Застосування до такої особи примусового лікування згідно із ст.14 КК може позбавити його певних пільг при засудженні за скоєний злочин. Так, до осіб, яким поряд з покаранням призначено заходи примусового лікування, не може бути застосовано умовне засудження до позбавлення волі з обов'язковим залученням до праці (ст.25-1 КК). Те саме стосується і відстрочки виконання вироку (ст.46-1 КК) та умовного звільнення з місць позбавлення волі з обов'язковим залученням засудженого до праці (ст.56-2 КК).

Така суворість законодавця щодо осіб хворих на алкоголізм та наркоманію базується на визнанні їх підвищеної суспільної небезпечності. Але ця суворість має і інший бік. Позбавлення особи будь-яких надій щодо пом'якшення покарання робить для неї призначення ст.14 КК небажаною і спонукає до приховування ознак хвороби, тобто до дисимуляції.

Зазначені обставини вимагають певних гарантій щодо вірогідності встановленого діагнозу та запобігання помилок, починаючи з призначення експертизи і завершуючи обґрунтуванням експертами висновків.

1.2 Типові помилки при призначенні експертизи.

Аналіз практики призначення та проведення судової експертизи при вирішенні питання щодо застосування ст.14 КК виявляють типові помилки, які свідчать про недостатню обізнаність слідчих у зазначених питаннях і можливостях їх експертного вирішення.

Так, при необхідності отримання експертного висновку щодо наявності у обвинуваченого ознак алкоголізму або наркоманії слідчі призначають такі експертизи:

- судово-психіатричну; - судово-наркологічну;
- комплексну нарколого-психіатричну.

Типовим є складання слідством водночас двох окремих постанов про проведення судово-психіатричної та судово-наркологічної експертизи одній особі, які здійснює один склад експертів.

Питання, що ставляться перед експертами будь-якої з означених експертиз, принципово не відрізняються. Разом з цим, мають місце випад-

ки, коли питання щодо наявності алкоголізму та наркоманії ставляться перед судово-психіатричною експертизою, а щодо необхідності примусового лікування — перед судово-наркологічною.

Ніколи перед експертами не ставиться питання про те, чи знаходився обвинувачений в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння на момент скоєння злочину.

Перед експертами ставиться питання про наявність протипоказань для примусового лікування від алкоголізму чи наркоманії, хоча це не передбачено законом.

Щодо надання для дослідження об'єктів експертизи, зокрема медичної документації, слідчі обмежуються довідками або виписками, не вилучаючи повністю наявну медичну документацію, як це вимагає закон. А в деяких випадках тільки ставлять експертів до відома про місце знаходження необхідної документації, мабуть, вважаючи, що вилучати її повинен сам експерт.

1.3 Типові помилки при проведенні експертизи.

Певних помилок при проведенні експертизи при вирішенні питання щодо застосування ст. 14 КК припускаються і експерти. Серед них найбільш кричущими є такі:

- при наявності двох постанов про проведення судово-психіатричної і судово-наркологічної експертизи готується один акт експертизи, де даються відповіді на всі питання;

- експертиза, що проведена, самостійно перейменовується експертами в іншу, відмінну від призначеної слідством, наприклад, призначена «судово-психіатрична експертиза» перейменовується у «комплексну судову нарколого-психіатричну»;

- експертами у висновках надається рекомендація про застосування до обвинуваченого примусового лікування;

- для вирішення питання про наявність протипоказань, до проведення експертизи замість судово-медичного експерта залучаються лікарі-консультанти терапевт та невролог;

- не витримуються вимоги чинного законодавства та відповідних інструктивно-методичних документів щодо складання експертного заключення та обґрунтування висновків.

Зокрема, в актах відсутня мотивувальна частина, протирічущі факти не обговорюються, обґрунтування висновків не проводиться.

2. Законодавчий аспект судово-психіатричної діагностики алкоголізму та наркоманії.

Законодавчий аспект цієї проблеми складається з низки статей КК та КПК, що містять підста-

ви та регулюють експертний процес у галузі знань, що розглядається [7,8]. Наведемо їх.

Ст.75 КК. Заключення експерта

(1) Експертиза призначається у випадках, коли для вирішення певних питань при провадженні справи необхідні наукові, технічні або інші спеціальні знання.

(2) В якості експерта може бути викликана будь-яка особа, яка володіє необхідними знаннями для надання заklючення щодо досліджених питань. Питання, які ставляться експерту, не можуть виходити за межі спеціальних знань експерта.

Ст. 75 КПК визначає загальні підстави призначення будь-якої експертизи з використанням будь-яких спеціальних знань. Природньо, що під це визначення підпадають знання в галузі психіатрії.

Слід підкреслити, що в деяких підручниках з судової психіатрії ч.2 ст.75 КПК розуміють спрощено, як можливість доручити проведення «будь-якій особі», хоча провідною ознакою в даному випадку є володіння «необхідними знаннями». Щодо судово-психіатричної експертизи, то такими необхідними знаннями є не просто психіатричні знання, а саме судово-психіатричні як похідні, які мають специфічні відмінності. При цьому слід нагадати, що судово-психіатрична експертиза є окремим різновидом професійної діяльності в переліку лікарських спеціальностей, встановлених МОЗ України.

Важливою для нашої теми є також передбачена законодавством заборона ставити експерту питання, які виходять за межі його компетенції і експерту, в свою чергу, робити те ж саме у заklюченні. До цієї заборони ми ще повернемося розглядаючи медичні підстави обговорюваної експертизи. Якщо звернутися до ст. 75 КПК, яка передбачає обставини для обов'язкового призначення експертизи, то легко впевнитися, що серед них немає алкоголізму або наркоманії. Згідно з науковими даними, ця патологія не є такою, що може викликати сумнів щодо осудності особи. Через це слід вважати, що судово-психіатрична експертиза для встановлення наявності алкоголізму та наркоманії не є обов'язковою з точки зору чинного законодавства.

Тепер розглянемо ст. 324 КПК «Питання, що вирішуються судом при постанові вироку». Зокрема, нас має цікавити п.14, згідно з яким суд при постанові вироку повинен вирішити питання «чи слід у випадках, передбачених ст.14 КК, застосувати до підсудного примусове лікування або встановити над ним піклування». Частина 4 цього пункту наголошує, що «примусове лікування, передбачене п.14 цієї статті, може бути засто-

совано лише за наявності відповідного заklючення лікувальної установи».

Законодавець не пояснює, яка лікувальна установа мається на увазі і не передбачає певного процесуального порядку отримання такого заklючення. Пояснень з цього приводу не міститься і у науково-практичному коментарі до цієї статті. Таким чином, і слідство, і суд позбавлені законного шляху для отримання «заklючення лікувальної установи».

Разом з цим, п. 14 ст. 324 КПК не узгоджується з розглянутою вище ст. 75 КПК, тому немає підстав вважати, що «заklючення лікувальної установи», навіть якщо воно буде надано, має будь-яку перевагу перед висновком судово-психіатричної експертизи. Необов'язковий характер «заklючення лікувальної установи» щодо застосування примусового лікування походить із ст.411-1 КПК, яка врегулює порядок застосування судом примусового лікування до засуджених, які є алкоголіками або наркоманами, та його припинення.

Згідно з ст.411-1, «Питання про застосування примусового лікування до засуджених, які є алкоголіками або наркоманами і відбувають покарання у виправно-трудоxій установі, якщо примусове лікування їм не було призначено вироком суду у відповідності до ст.14 КК України, вирішується районним (міським) народним судом за місцем відбування ними покарання, за поданням адміністрації виправно-трудоxоxї установи на підставі заklючення лікарської комісії». Тобто, якщо з будь-якої причини питання щодо примусового лікування на етапі судового процесу не розглядалося, а підстави для цього є, то це питання може бути вирішене і після суду.

Разом з цим, у цій статті законодавець нехтує принциповою підставою для застосування примусового лікування до особи з алкоголізмом або наркоманією — це **вчинення злочину на ґрунті цієї хвороби**. Тобто має бути доведено причинно-наслідковий зв'язок між хворобою і вчиненим діянням. Тут виникає багато питань суто юридичного характеру, які, природньо, психіатри-експерти не можуть вирішувати. Наприклад, чи може такий причинно-наслідковий зв'язок бути встановлено без розгляду справи після того, як вирок набув законної сили, або, чи є рішення про застосування примусового лікування елементом вироку, чи це є окрема категорія. У чинному законодавстві відповідей на ці питання немає, а тому зазначені колізії лишаються, як і **лишається єдиний законний шлях отримання**

висновку щодо наявності у обвинуваченого ознак алкоголізму або наркоманії та необхідності лікування згідно зі ст.14 КК — призначення судово-психіатричної експертизи.

Щоб встановити питання, які має вирішувати судово-психіатрична експертиза, звернемося безпосередньо до ст.14 КК.

Ст.14 КК

Відповідальність за злочин, вчинений в стані алкогольного сп'яніння

(1) Особа, яка вчинила злочин в стані сп'яніння, не звільняється від кримінальної відповідальності.

(2) Суд, незалежно від призначеного кримінального покарання, може направити на примусове лікування особу, засуджену за злочин, вчинений на ґрунті алкоголізму чи наркоманії. Примусове лікування цих осіб проводиться, залежно від міри кримінального покарання, відповідно в місцях позбавлення волі або спеціальних медичних закладах.

(3) Припинення примусового лікування проводиться судом у порядку, встановленому Кримінально-процесуальним кодексом України.

(4) В разі вчинення злочину особою, яка зловживає спиртними напоями або наркотичними засобами і ставить у зв'язку з цим себе і свою сім'ю в тяжке матеріальне становище, суд, поряд з застосуванням за вчинений злочин покарання, не пов'язаного з позбавленням волі, може, за клопотом членів її сім'ї, профспілкової чи іншої громадської організації, прокурора, органу опіки

і піклування або лікувальної установи, визнати її обмежено дієздатною. Над цією особою встановлюється піклування в порядку, передбаченому Кодексом про шлюб та сім'ю України.

Зі змісту ст.14 КК випливає **п'ять** основних питань, які мають цікавити слідство і суд (не будемо звертати увагу на деяку невідповідність назви статті її змісту):

1. Наявність стану сп'яніння на момент скоєння злочину. Ця обставина має юридичне значення через ст. 41 КК, п.11 якої передбачає вчинення злочину особою, яка перебуває в стані сп'яніння, в якості обставини, що обтяжує відповідальність.

2. Наявність хронічного алкоголізму або наркоманії. Має юридичне значення, як передумова встановлення причинно-наслідкового зв'язку між цією хворобою і скоєним злочином, та як підстава до застосування примусового лікування.

3. Наявність зловживання спиртними напоями або наркотичними засобами. Має юридичне значення згідно з ч.4 ст.14 КК, яка передбачає можливість визнання такої особи обмежено дієздатною з встановленням над нею піклування.

4. Встановлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголізмом або наркоманією у обвинуваченого та скоєним злочином. Має юридичне значення через ст. 14 КК, яка передбачає застосування примусового лікування до обвинуваченого, якщо злочин вчинено на ґрунті алкоголізму або наркоманії.

5. Необхідність застосування примусового лікування. Передбачено ч.2 ст.14 КК.

3. Психіатричний аспект експертної діагностики алкоголізму та наркоманії стосовно вимог ст.14 КК.

3.1 Стан сп'яніння.

Згідно з науково-практичним коментарем до Кримінального Кодексу України, під сп'янінням, про яке йдеться в ч.1 ст.14, мається на увазі звичайне сп'яніння, як алкогольне, так і токсичне та наркотичне. Як правило, особа свідомо приводить себе в стан звичайного сп'яніння. Цей стан не позбавляє її здатності усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними, на відміну від патологічного сп'яніння. Особи, які вчинили злочин у стані звичайного сп'яніння, визнаються осудними.

Однак цим психіатричне значення звичайного сп'яніння не вичерпується. До обсягу поняття «звичайне сп'яніння» входять різні за ступенем тяжкості стани, які супроводжуються різної забарвленості психічними порушеннями. Наприклад, у низьких дозах алкоголь викликає сти-

мулюючий ефект. З підвищенням дози можуть виникати ажитація та гіперактивність. Великі дози призводять до седативного ефекту. Певний відсоток серед випадків звичайного сп'яніння займають так звані змінені форми, які зовнішніми ознаками можуть нагадувати патологічне сп'яніння.

Змістовну частину всіх варіантів звичайного сп'яніння становить токсичний вплив психоактивної речовини на центральну нервову систему, отож на психіку та свідомість. Цей вплив призводить до психічних відхилень кількісного характеру і проявляється через обмеження здатності особи у стані звичайного сп'яніння повністю усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Через відсутність юридичних підстав та механізму врахування судом всіх аспектів звичайного сп'яніння, встановленню і доведенню цієї

обставини на сьогодні приділяється недостатньо уваги. Так, судово-психіатрична експертиза для встановлення факту звичайного сп'яніння практично не призначається.

Висновки експертів, які констатують звичайне сп'яніння, зустрічаються тільки тоді, коли слідством ставиться питання про патологічне сп'яніння, яке згодом не знаходить підтвердження при експертизі.

Між тим, сп'яніння під назвою «гостра інтоксикація» передбачено міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду в розділі «Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» під шифром F1x.O.

Визначення поняття

Під гострою інтоксикацією, за МКХ-10, розуміється тимчасовий стан услід за вживання алкоголю або іншої психоактивної речовини, що призводить до розладів свідомості, когнитивних функцій, сприймання, емоцій, поведінки або інших психофізіологічних функцій та реакцій.

Згідно з наведеним визначенням гостра інтоксикація охоплює широкий спектр розладів психіки внаслідок вживання психоактивних речовин від простого сп'яніння до гострих психотичних розладів, зокрема патологічного сп'яніння.

Діагностичні ознаки

МКХ-10 пропонує діагностувати гостру інтоксикацію як основний діагноз на підставі таких ознак:

- відсутність стійких розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю або наркотиків;
- пряма відповідність з рівнями доз (глава XX МКХ-10);
- плінність інтоксикації, зменшення її інтенсивності з часом і зникнення при відсутності подальшого вживання речовини;
- повне видужання (зникнення безпосередніх ознак інтоксикації), за виключенням випадків, коли має місце тканеве пошкодження або інше ускладнення.

З вищевикладеного можна зробити наступні висновки:

- встановлення звичайного сп'яніння є обставиною, що має юридичне значення;
- звичайне сп'яніння є обставиною, встановлення якої вимагає застосування спеціальних знань;
- для встановлення звичайного сп'яніння, при наявності кримінальної справи, має призначатися судово-психіатрична експертиза.

Слід враховувати, що діагностика звичайного сп'яніння або його змінених форм не може базуватися тільки на заявах обвинуваченого або

інших осіб у справі. Вона вимагає повноцінного експертного дослідження всіх об'єктів експертизи, аналізу і співставлення виявлених фактів, диференціальної діагностики з іншими станами, які за зовнішніми ознаками можуть нагадувати сп'яніння. Бажано, щоб клінічні висновки підкріплювались об'єктивними даними параклінічних досліджень.

3.2 Наявність хронічного алкоголізму або наркоманії.

Хронічний алкоголізм та наркоманія є другою юридично значущою обставиною, яка входить до обсягу норми ст.14 КК. Ці хвороби складають медичний критерій примусового лікування, передбаченого цією статтею.

Поняття «сп'яніння» та «алкоголізм» і «наркоманія» не співпадають. Вони не визначають одне одного в часі. Тобто сп'яніння може не свідчити про наявність алкоголізму чи наркоманії як хвороби. В свою чергу ці хвороби в окремий проміжок часу можуть не супроводжуватися сп'янінням. З експертної точки зору, сп'яніння та алкоголізм і наркоманія потребують окремого доведення. Тим більш, що вони мають різне юридичне значення.

Психіатричний сенс хронічного алкоголізму і наркоманії полягає у синдромі залежності (за МКХ-10 шифр F1x.2.). В експертній практиці слід використовувати визначення та діагностичні ознаки синдрому залежності наведені у МКХ-10.

Визначення поняття

Під синдромом залежності розуміється сполучення фізіологічних, поведінкових і когнитивних явищ, за яких зловживання речовин або класу речовин починає займати перше місце у системі цінностей індивідуума. Основною характеристикою синдрому залежності є потреба приймати психоактивну речовину (яка може бути або не бути призначена лікарем), алкоголь або табак. Є в наявності докази того, що повернення до вживання психоактивних речовин після періоду утримання призводить до більш швидкої появи ознак цього синдрому, ніж у осіб, які раніше його не мали.

Діагностичні ознаки.

МКХ-10 пропонує діагноз синдрому залежності діагностувати тільки при наявності 3-х або більше викладених нижче ознак, які виникали у певний проміжок часу минулого (за часом досліджень) року:

- сильна потреба або необхідність прийняти речовину;
- порушення здатності контролювати вживання речовини, тобто початок вживання, закінчен-

ня або дозу речовин, які вживаються;

- фізіологічний стан відміни, при якому вживання речовин зупиняється або зменшується, про що свідчать: характерний для речовини синдром відміни або свідоме використання цієї ж або подібної речовини для полегшення симптомів відміни;

- такі ознаки толерантності, як підвищення дози речовини, котра необхідна для досягнення ефекту, який раніш виникав від менших доз;

- прогресуюче зменшення обсягу інших інтересів на користь вживання речовини, зростання проміжку часу, необхідного для виникнення стану сп'яніння після вживання наркотику;

- продовження вживання речовини, не дивлячись на шкідливі наслідки, такі як пошкодження печінки внаслідок зловживання алкоголем, депресивні стани після періодів інтенсивного вживання речовини, зниження когнитивних функцій внаслідок вживання наркотиків.

Закон накладає відомі обмеження на діагностичні можливості експерта, забороняючи йому самостійно добувати докази, за виключенням даних безпосереднього клінічного дослідження підекспертного. А міжнародні норми, які зобов'язують медичних робітників охороняти фізичне і психічне здоров'я засуджених або затриманих осіб (резолюція 37/94 Генеральної Асамблеї ООН), виключають застосування без дозволу підекспертного, при підозрі на наркоманію, антагоністів наркотика для провокування абстинентного синдрому, який безумовно погіршить його психічний та фізичний стан. Зрозуміло, що в цих умовах суттєво збільшується залежність експертного рішення від повноти та інформативності зібраних матеріалів справи.

Нарешті, на відміну від клінічної наркології, де частіше виникає питання про діагностику стадії наркоманії, важливим моментом експертного дослідження є зміщення при ньому акценту в бік диференціальної діагностики наркотизма та наркоманії. До того ж наявність наркоманії та період перебігу хвороби є самостійними предметами доведення.

Наведені особливості експертного підходу, а також медико-соціальна природа наркоманії, яка обумовлює по мірі перебігу хвороби різне співвідношення та динаміку доступних і недоступних об'єктивній реєстрації клінічних проявів, предбачає обов'язкове дотримання низки методичних вимог до збору матеріалів і направлення підекспертного на СПЕ.

Відповідно до ст.196 КПК України «при необхідності проведення експертизи слідчий скла-

дає мотивовану постанову в якій... вказує підстави для проведення експертизи». Це означає, що під час винесення постанови слідчий повинен мати свідчення, що особа вживає наркотичні речовини, страждає на наркоманію. Посилання на ці дані повинні бути вказані в постанові про проведення СПЕ, а їх джерела залучені до матеріалів справи і представлені експерту.

Необхідно розрізнити підстави для проведення наркологічного огляду і підстави для призначення СПЕ. Характерною помилкою, яка допускається на цьому етапі, є їх змішання і направлення підозрюваного (обвинуваченого) на СПЕ тільки, наприклад, за фактом вилучення у нього наркотичної речовини. Частіше це бувають особи, які були затримані на шляхах транспортування наркотика, які є мешканцями інших міст, для отримання медичних свідоцтв про яких слідству необхідно достатній термін часу. До отримання цих відомостей експертне дослідження затриманого немає ніякого сенсу у зв'язку з очевидністю негативного висновку. Тому їх відсутність може служити підставою для відмови від надання експертного висновку за браком необхідних для експертного дослідження матеріалів.

Вилучення у особи наркотичних речовин, речовин і засобів для їх приготування та вживання, при відсутності інших даних, може служити тільки підставою для наркологічного огляду (клінічного та лабораторного). До цього слідство також можуть привести певні прояви порушення з боку психічного стану, які дають підстави підозрювати у затриманого наркотичне сп'яніння.

Наркологічний огляд в таких випадках є підставою для залучення спеціаліста для участі в проведенні слідчого діяння (ст.128,1 КПК України). Воно дозволяє виявляти клінічні ознаки наркотичного сп'яніння та зафіксувати характерні для наркоманії соматичні ознаки. Останнє є підставою для призначення судово-медичної експертизи для виявлення проколів вен з визначення їх локалізації та строків давнини. Обов'язковим є лабораторне дослідження біологічних середовищ організму (кров, сеча, піт, слина) для документального закріплення факту наявності в організмі наркотичної речовини і її метаболітів.

Проведення вказаних досліджень слід вважати обов'язковими не тільки особам, які затримані за незаконні операції з наркотиками, але й особам, які вчинили інші протиправні дії, якщо в них візуально виявляються ознаки сп'яніння або характерні зміни з боку вен. Таким чином, поперше, об'єктивно встановлюється важливий для суду факт стану сп'яніння в період скоєння

діяння, що може враховуватися як обставина, що обтяжує відповідальність.

По-друге, виявляються підстави для призначення стаціонарної СПЕ з наступних міркувань. Виявлення наркотичних речовин в організмі або стан наркотизації можуть свідчити як про наявність наркоманії, так і про епізодичність вживання наркотичних речовин. Важливим для диференціації цих станів є виявлення абстинентного синдрому, для чого потрібен нагляд в стаціонарних умовах.

Виявлення абстинентного синдрому використовується в системі доказів наявності наркоманії в якості аксіоми. Однак, за нашими даними, 66,2 % підекспертних поступають на експертизу для вирішення питання про наявність наркоманії через 2 і більше тижнів після затримання, коли виявити ознаки абстинентного синдрому вже не вдається. Те саме відбувається, якщо:

- за обвинуваченим не було своєчасно організовано достатній нагляд і після чого настала спонтанна ремісія;
- підекспертний продовжує наркотизуватися після затримання та в період експертизи;
- в нього не сформувалась фізична залежність від наркотика.

У всіх цих випадках діагноз наркоманії не може бути відкинута до виключення ознак психічної залежності. Про її наявність можуть свідчити дані про відповідну пошукову активність підекспертного, як на свободі, так і в період перебування на обстеженні. Це спілкування з наркоманами, неадекватно позитивна оцінка всього, що пов'язане з наркотиком, бесіди про його добування, засобах виробництва, відчуттях, яких зазнали. У цих випадках необхідно порівняти відомості, отримані від підекспертного, з типовими реакціями і відчуттями від одноразового і систематичного прийому наркотика. Однак, оскільки наркомани знають про діагностичне значення вказаних ознак, вони можуть їх приховувати. Тому дуже виживим є пошук об'єктивних даних, з яких найбільш характерним є комплекс: систематичний характер вживання наркотика при доведеній тривалості прийому більше року з переходом на внутрішньовенний шлях введення.

Доведення систематичного вживання наркотика, яке постійно повторюється та нескінчається, на ранніх стадіях захворювання, при дисимуляції психічної залежності, відсутності фізичної залежності та соматичних стигм наркоманії, базується виключно на матеріалах справи. При цьому необхідно враховувати неминучу втрату частини інформації під час ретроспективної оці-

нки шуканої обставини. Це значить, що довести кожний прийом наркотика неможливо. Тому діагностичне значення кожного певно встановленого факту суттєво зростає, оскільки за ним, як правило, ховається більш або менш тривале вживання наркотика.

Такими доказами можуть бути документально засвідчені дані про затримання, які мали місце раніше, або перебування підекспертного в стані наркотичного сп'яніння, свідчення осіб, які вживали наркотики разом з ним, інші свідчення наявності у нього наркоманічної домінантності.

Під час приготування матеріалів на СПЕ слід виходити з того, що ступінь певності діагностики наркоманії знаходиться у прямій залежності від тяжкості захворювання. На більш пізніх стадіях зростає можливість виявлення об'єктивних ознак хвороби безпосередньо у хворого, незважаючи на дисимулятивні тенденції. На цих стадіях дефекти слідства, які стосуються повноти та інформативності матеріалів справи, строків направлення на СПЕ мають значно менше негативне значення.

На ранніх стадіях наркоманії зростає ймовірність гіподіагностики захворювання у зв'язку з незначною соматизацією клінічних проявів та дисимуляцією їх психічних компонентів, внаслідок чого суттєво зростає діагностичне значення матеріалів справи і строків направлення на експертизу.

3.3 Наявність зловживання спиртними напоями або наркотичними засобами.

Відповідно до ч.4 ст.14 КК в разі вчинення злочину особою, яка зловживає спиртними напоями або наркотичними засобами і ставить у зв'язку з цим себе і свою сім'ю в тяжке матеріальне становище, суд, разом з покаранням, якщо воно не передбачає позбавлення волі, може визнати таку особу обмежено дієздатною. Над нею має бути встановлено піклування, термін якого не визначається.

Слід зазначити, що у практиці ми не зустрічалися з випадками використання ч.4 ст.14 КК, можливо, через те, що цим особам призначається покарання, пов'язане з позбавленням волі.

Поняття «зловживання» у даному контексті вжито як загальне, порівняно з поняттям «алкоголізм» та «наркоманія». Воно включає до свого обсягу і так зване побутове п'янство [9]. Зловживання алкоголем є медичним критерієм обмеженої дієздатності. Щодо зловживання наркотичними засобами, нам невідомі наукові праці в яких би доводилась відмінність поняття зловживання наркотичними засобами від наркоманії.

Тому слід вважати що ч.4 ст.14 КК може застосовуватись тільки до осіб, які страждають на наркоманію. Через це медичним критерієм обмеженої дієздатності необхідно вважати саме наркоманію.

Юридичним критерієм є тяжке матеріальне становище, в яке ставить себе та свою сім'ю така особа. Ці обидва критерії і причинно-наслідковий зв'язок між ними повинні бути доведені. Тільки за такої умови особа може бути визнана обмежено дієздатною. Таке рішення передбачено законодавцем як один із заходів подолання алкоголізму і захисту осіб, які залежать від особи, котра зловживає алкоголем або наркотиками.

Компетенція експерта в даному випадку вичерпується доведенням факту зловживання алкоголем або наркотичними засобами. Звичайно, що ніяких рекомендацій щодо застосування до обвинуваченого ч.4 ст.14 КК експерт не має права давати, оскільки це виходить за межі його компетенції.

3.4 Встановлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголізмом або наркоманією у обвинуваченого та скоєним злочином.

Найбільш суттєвим для застосування до обвинуваченого примусового лікування є встановлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголізмом (наркоманією) та скоєним злочином. Поки що цій важливій обставині не приділяється належної уваги.

Практика свідчить про те, що це питання, як правило, не аналізується в необхідному обсязі через підміну понять. У більшості випадків, принаймі при алкоголізмі, кримінальні дії вчиняються у стані сп'яніння. Цього стає достатнім для вирішення судом питання щодо «грунту». Таким чином поняття «алкоголізм» підміняється поняттям «сп'яніння». Хоча в дійсності мова має йти зовсім про інше. Особа може страждати на алкоголізм, знаходитись у стані сп'яніння і вчинити злочин на зовсім іншому «грунті». Для того щоб вважати таким «грунтом» алкоголізм чи наркоманію, треба довести вплив цієї патології на ідеаторну або суто вольову частину дійового акту, який прийняв форму злочину. Патологія має відбитися у кримінальних діях.

Між іншим, за змістом, це частина проблеми обмеженої осудності, і може бути згодом вирішена, в межах своєї компетенції, психіатром-експертом за допомогою ситуаційного аналізу, основи якого поки що розробляються теорією судової психіатрії [10,11]. Але доки будуть відсутні

чіткі науково обгрунтовані рекомендації з цього приводу, слід вважати, що компетенція психіатра-експерта в цьому питанні вичерпується доведенням наявності хронічного алкоголізму чи наркоманії.

3.5 Необхідність застосування примусового лікування.

Згідно з практикою, яка склалася, розглядаючи питання щодо ст. 14 КК, слідство та суд, як правило, ставлять перед експертами питання про необхідність застосування до обвинуваченого примусового лікування та цікавляться, чи немає до такого лікування протипоказань. Експерти готують висновки з цих питань, не замислюючись щодо меж своєї компетенції. Але є достатньо і наукових, і юридичних підстав вважати хибною існуючу практику визначення необхідності застосування примусового лікування. Розглянемо означені питання більш докладно.

3.5.1 Примусове лікування.

По-перше. З невідомої причини вважається, що примусове лікування осіб згідно зі ст.14 КК є медичним заходом. В дійсності це не так. Медицина взагалі і психіатрія зокрема не знають інших медичних підстав для застосування примусового лікування, окрім станів, які загрожують життю. Лікування в таких випадках здійснюється за життєвими показниками, без згоди хворого, його законних представників тощо.

Примусове лікування осіб з алкоголізмом та наркоманією не є таким, тому що ці хвороби не загрожують життю їх носіїв безпосередньо. Через це їх лікування, згідно зі ст. 14 КК, є **передусім не медичним, а юридичним заходом**. Це державне примушування до лікування, як спосіб соціального захисту суспільства від можливого злочину, суттєвою причиною якого є алкоголізм чи наркоманія. Саме у визначенні цієї патології і наголосі на необхідності її лікування (якщо є ознаки активної хвороби) і полягає компетенція психіатра-експерта. Він не має права визначати спосіб лікування — добровільний чи примусовий — це прерогатива суду, причому лише у випадку, коли буде доведено причинно-наслідковий зв'язок між алкоголізмом (наркоманією) обвинуваченого та злочином.

Таким чином, примусове лікування, в сенсі ст.14 КК, є юридичним заходом, який характеризується двома критеріями:

- юридичним — доведеним фактом вчинення обвинуваченим злочину;
- медичним — доведеним фактом наявності у обвинуваченого на момент вчинення злочину ознак алкоголізму або наркоманії.

Але для того, щоб з'явилося поняття «примусове лікування», кожен з критеріїв повинен мати необхідну для цього суттєву ознаку.

Для юридичного критерію — це вчинення злочину на ґрунті алкоголізму чи наркоманії, тобто причинно-наслідковий зв'язок між хворобою та діяння.

Для медичного критерію — це активна стадія хвороби, коли є медичні підстави для лікування.

До компетенції психіатра-експерта входить визначення хвороби та її стадії, а звідси ствердження про наявність підстав для лікування.

До компетенції суду входить оцінка висновків психіатра-експерта; визначення причинно-наслідкового зв'язку між хворобою обвинуваченого і скоєним злочином; визначення примусового характеру лікування. До речі, останнє питання чітко визначено у п.14, ст.324 КПК.

3.5.2 Протипоказання до примусового лікування.

Питання про протипоказання до примусового лікування не входить до обсягу ст. 14 КК і не згадується у чинних КК і КПК взагалі. Законодавець не обумовлює застосування примусового лікування жодними обставинами, окрім вчинення злочину на ґрунті алкоголізму та наркоманії. Вже це дає підстави для ствердження, що наявність протипоказань для примусового лікування не має юридичного значення. Крім того, це питання за своїм змістом не входить до компетенції психіат-

ра-експерта.

Таким чином, і питання щодо протипоказань, і відповіді на них не є законними. З процесуальної точки зору не є законною і практика вирішення цього питання через залучення до експертної комісії лікарів невропатолога та терапевта. Вони не є експертами і не мають права підписувати спільний з психіатрами висновок. Якби протипоказання до примусового лікування мали юридичне значення, питання про їх наявність повинна була б вирішувати судово-медична експертиза, а не лікарі-консультанти.

Слід враховувати і таку обставину. Застаріла інструкція часів СРСР про протипоказання для лікування від алкоголізму та наркоманії не диференціює видів такого лікування та методів його здійснення. Між тим їх діапазон досить широкий від психотерапевтичних та психокорекційних заходів до стресових і медикаментозних, які потребують певного стану соматичного здоров'я. Через це, якби ознака визначення протипоказань мала юридичні підстави, то слід було б визначити і необхідний обсяг і вид лікування, що вочевидь виходить за межі компетенції психіатра-експерта.

Викладені аргументи дають підстави для висновку, що в разі прийняття судом рішення про застосування примусового лікування, комплекс питань пов'язаних з його виконанням має вирішуватись медичними органами пенітенціарної системи.

4. Питання до експертів щодо застосування ст. 14 КК.

Підсумовуючи викладене, можна зазначити наступне. У випадках, коли йдеться про можливість застосування до обвинуваченого ст.14 КК, має призначатися тільки судово-психіатрична експертиза відповідно до вимог ст. 75 КПК. До компетенції психіатра-експертами входять такі питання:

- чи знаходився обвинувачений у стані сп'яніння у проміжок часу, до якого відносяться інкриміновані йому діяння?

- чи страждає обвинувачений на алкоголізм (наркоманію)?

- чи потребує обвинувачений лікування від алкоголізму (наркоманії)?

- чи є у обвинуваченого ознаки зловживання алкоголем чи наркотичними засобами?

Зрозуміло, якщо у слідства є сумніви щодо осудності обвинуваченого, то експерт має надати висновки стосовно наявності інших психічних

хвороб і здатності особи усвідомлювати свої дії та керувати ними, відповідно до ст. 12 КК. Зайве зазначати, що при проведенні експертизи, про яку йдеться у статті, мають бути витримані всі вимоги чинного законодавства щодо складання акту експертизи, а висновки експерта — належним чином мотивовані.

Запропоновані підходи до проведення судово-психіатричної експертизи при вирішенні питання щодо застосування ст. 14 КК дозволяють узгодити цей процес з основними принципами судово-психіатричної експертизи. Розв'язання питань, що продовжують існувати в цій галузі судово-психіатричної експертизи, безперечно поліпшить її якість, допоможе здолати полегшене ставлення до цього різновиду судової експертизи, зробить її проведення, з означеної вище підстави, керованим і таким, що піддається обліку, аналізу і контролю за якістю та обґрунтованістю висновків.

В.Б.Первомайский, В.Р.Илейко, А.И.Цубера

НЕОТЛОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СОСТОЯНИЙ ЗАВИСИМОСТИ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии, Украина

На основании анализа материалов судебно-психиатрической экспертизы 1899 лиц, у которых диагностированы алкоголизм, наркомания или эпизодическое употребление наркотических веществ показаны типичные ошибки при назначении и проведении экспертизы. Рассмотрены коллизии в системе: законодательство — наука — практика и предложены пути их устранения. (Журнал психиатрии та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 35-45).

V.B.Pervomaisky, V.R.Ileiko, A.I.Tsubera

EMERGENCY PROBLEMS OF FORENSIC PSYCHIATRY EXPERTIZE OF ADDICTION STATE

Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

The forensic psychiatry materials of 1899 persons with alcohol's, drug's abuse and episode drug's apply were researched. The typical mistakes of appoint and conducting of forensic psychiatry expertize has being displayed. The collision between the law, the science and the practice of forensic psychiatry were revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 35-45).

Література

1. Первомайский В.Б. Замечания по «Временной инструкции о производстве судебно-наркологической экспертизы Минздрава СССР» // Вопросы наркологии.-N 3.-1991.-С. 45-47.
2. Первомайський В.Б. Чи слід змінювати підвідомчість ЛТП?//Радянське право.-N.2.-1991.-С.25-27.
3. Кондратьев Ф.В., Клименко Т.В. Комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза // Комплексные судебно-психиатрические экспертизы / Пособие для врачей / Под ред. проф.Т.Б.Дмитриевой и проф. Б.В. Шостаковича.-М.:1996. — С.59-73.
4. Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 30 травня 1997 р. N 8 // Вісник Верховного Суду України. — 3(5). — 1997. С. 2-5.
5. Разработать и внедрить в практику судебно-психиатрической экспертизы и наркологической службы меры дифференцированной профилактики общественно-опасных действий лиц с медико-социальными последствиями алкоголизма: Отчет о НИР (Инв N.02870033951), Укр. филиал ВНИИОиСП им.В.П.Сербского, Киев,1986,128 с.
6. Особенности диагностики наркомании в условиях судебно-психиатрической экспертизы: Отчет о НИР (Инв N.02880076679),Укр. филиал ВНИИОиСП им.В.П.Сербского, Киев, 1988,100 с.
7. Науково-практичний коментар Кримінального Кодексу України / Відповід. ред. Я.Ю.Кондратьєв, С.С.Яценко.-К.,1994.-800 с.
8. Уголовно-процессуальный Кодекс Украинской ССР: Научн.-практ. коммент./ В.Г.Белоусенко, Ю.М.Грошевой, А.Я.Дубинский и др.; Отв. Ред. П.Г.Цупренко.-К.,Политиздат Украины,1984,-595 с.
9. Бехтель Э.°. Донозологические формы злоупотребления алкоголем.М.: Медицина,1986.-272 с.
10. Сегай М.Я., Первомайський В.Б. Обмежена осудність: перспективи впровадження // Державно-правова реформа в Україні. -К.,1997. — 420 с.
11. Сегай М.Я., Стринжа В.К. Судебная экспертиза материальных следов-отображений. — Киев: «ін Юре», 1997.— 174 с.

Поступила в редакцию 24.05.99г.

УДК 616.895.8:340.63

*Е.А. Козерацкая***ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
В УСЛОВИЯХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Киевский городской Центр судебно-психиатрической экспертизы, Украина

Ключевые слова: самосознание, критичность, шизофрения, судебно-психиатрическая экспертиза.

Диагностика и экспертная оценка шизофрении является одной из наиболее актуальных проблем судебно-психиатрической экспертизы. Фактически, в ней фокусируются все спорные вопросы диагностики шизофрении в общей психиатрии. С другой же — к ним добавляются не менее сложные проблемы методологии и методов экспертного исследования, определения объема и содержания ключевого понятия судебной психиатрии и уголовного права — понятия невменяемости. Все они являются предметом научного исследования уже более 60 лет, но так и не нашли пока своего согласованного разрешения, хотя определенный прогресс в этой области судебной психиатрии несомненен.

Отождествление диагностики шизофрении с признанием больного невменяемым, господствовавшие более полувека [1], робко уступает место альтернативной позиции, допускающей возможность решений о вменяемости больных шизофренией в случае качественных ремиссий [2,3]. Однако и здесь не обходится без попыток возврата на прежние позиции [4]. Причиной этого является прежде всего отсутствие четких представлений о содержании психологического критерия при вменяемости — невменяемости и его взаимоотношении с критерием медицинским.

Между тем, в общей психиатрии многочисленными работами школы проф. В.С. Чудновского [5] обосновано значение исследования расстройств сознания и самосознания как существенного элемента клиники психических нарушений. Постепенный отход от традиционного для общей психиатрии понимания расстройств сознания только в рамках отдельного специфического клинического синдрома и наделения понятия «расстройства сознания» родовыми признаками, позволил судебной психиатрии под новым углом зрения оценить психологический критерий при вменяемости — невменяемости [7].

Так, новое содержание психологического кри-

терия вкладывается в понятие «понимание» при определении беспомощного состояния потерпевших [6]. Что же касается вопросов судебно-психиатрического обследования, то при нем постоянно затрагиваются такие аспекты самосознания, как «критическое» отношение подэкспертных к себе, к своим психическим актам и внутренним переживаниям, к своим поступкам и действиям [7].

Выбор решения о вменяемости — невменяемости зависит от сохранности критического отношения личности к своим поступкам. Без критической оценки собственных действий и собственного «Я», его места и роли в окружающем и происходящем, невозможен анализ и контроль поведения, т.е. отсутствуют условия для полноценной способности «осознавать значение своих действий и руководить ими». Критичность выступает как основной, определяющий признак самосознания. Применительно к экспертным задачам критичность может быть определена как способность лица постоянно сопоставлять свое «Я» со всеми его компонентами, с его отражением в социуме, формирующимся вследствие деятельности, и оценивать его.

Для изучения нарушения самосознания у больных шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы необходимо выделить 3 компонента самосознания: эмоциональный, когнитивный, регулятивный [8]. Очевидно, что каждый из компонентов самосознания вносит свой вклад в интегративную функцию критичности [9].

Эмоциональный компонент самосознания формируется с раннего детства и частично детерминирован генетически, в его основе лежит сфера гностических эмоций. С помощью данного компонента человек расшифровывает эмоциональное состояние другого, как бы идентифицирует себя с ним, воспроизводит его переживания в себе [10].

С развитием логического мышления форми-

руется рациональный (когнитивный) способ познания целей и мотивов поведения других людей — и не только со своей, но и с их точки зрения. В основе его лежит свойство транзитивности. В основе регулятивного компонента самосознания лежит способность контролировать и управлять своими действиями, поступками [11]. Очевидно, каждый компонент самосознания вносит свой вклад в интегративную функцию критичности.

Объект и методы исследования

Проведено комплексное психолого-психиатрическое исследование 27 лиц с диагнозом шизофрения, совершивших ООД и находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в Киевском Городском Центре СПЭ в период с 07.1996г. по 06.1998г.

Для обследования испытуемых применялись следующие методы:

1. Клинико-психопатологический метод.
2. Метод экспертного исследования материалов дела и медицинской документации.
3. Специальные анкеты М.С.Шейфера [1982г.] для исследования физического и психического «Я» [12], модифицированные применительно к задачам судебно-психиатрической экспертизы введением в анкеты 15 вопросов из шкалы «Л» методики «ММРІ».
4. Методика исследования уровня притязаний.
5. Модифицированная методика самооценки по Дембо-Рубинштейн.
6. Методики воображаемого и конкретного двойника [13].
7. Для определения критического отношения к общественно опасному деянию нами совместно с Н.Л. Коваль разработан опросник, включающий 10 вопросов.

Степень нарушения компонентов самосознания определялась на основании совокупности результатов исследования по методикам:

- регулятивного компонента: методика исследования уровня притязаний, наблюдение за поведением испытуемого в условиях отделения; анализ материалов уголовного дела;
- эмоционального компонента: методика воображаемого двойника; клинико-психопатологическое исследование, патопсихологическое исследование;
- транзитивного компонента: методики воображаемого и конкретного двойника; методика са-

Целью настоящего исследования является уточнение взаимосвязи между характером и степенью нарушения самосознания у больных шизофренией и решением вопроса о вменяемости-невменяемости.

Актуальность исследования определяется и предполагаемым введением в законодательство института ограниченной вменяемости применительно к лицам с психическими нарушениями.

мооценки; методика оценки с точки зрения воображаемого другого лица (матери, отца, брата, друга, подруги и т.д.).

Степень нарушения транзитивного, эмоционального, регулятивного компонентов самосознания определялась эмпирически, на основании общепринятой оценки результатов по соответствующим методикам.

Степень нарушения критики к своему психическому, физическому состоянию, к совершенному ООД определялась эмпирически, на основании оценки адекватности ответов испытуемых на вопросы утверждения специальных анкет для исследования физического и психического «Я», разработанных М.С. Шейфером (1982г.), а также опросника для определения критического отношения к ООД.

Каждый положительный (адекватный) ответ оценивался в 1 балл. В зависимости от процента адекватных ответов определялась и степень нарушения критических способностей испытуемого.

Для стандартизации оценки результатов исследования принята гипотеза, согласно которой 100% адекватных ответов на вопросы — утверждения свидетельствуют о полной сохранности исследуемого компонента (критики к своему психическому, физическому состоянию, совершенному ООД); 25% — 35% неадекватных ответов — легко выраженное нарушение исследуемого компонента, 35% — 65% — умеренно-выраженное нарушение; 65% — 95% — выраженное нарушение исследуемого компонента. 100% неадекватных ответов — полное нарушение исследуемого компонента.

В комплексной оценке нарушения критических способностей субъекта использовались также данные патопсихологического и клинико-психопатологического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследовано 27 испытуемых, из них 25 (93%) — мужчины и 2 (7%) — женщины. 8 (27%) человек из них ранее привлекались к уголовной ответственности.

Диагноз шизофрения установлен впервые в период прохождения СПЭ у 3 (11%) больных, у остальных диагноз шизофрении устанавливался до проведения СПЭ.

Шизофрения параноидная с непрерывно-прогредиентным типом течения диагностирована у 17 больных (63%); шизофрения параноидная с приступообразно-прогредиентным течением у 7 (26%) испытуемых; шизоаффективный психоз у 3 (11%) больных. Признаны невменяемыми 24 (89%) испытуемых; вменяемыми — 3 (11%) испытуемых.

У 19 (70%) подэкспертных выявлено выраженное нарушение регулятивной функции самосознания, значительное нарушение критического отношения к ООД, к своему психическому состоянию, при этом критическое отношение к своему физическому состоянию незначительно нарушено, транзитивный компонент самосознания нарушен незначительно (14 чел. 52%), либо умеренно (5 чел. 18,5%), эмоциональный компонент нарушен незначительно (5 чел. 18,5%), либо умеренно (14 чел. 52%). Степень нарушения критических способностей и регулятивного компонента самосознания выражена столь значительно, что лишает испытуемого способности осознавать значение своих действий и руководить ими и влечет за собой правовое решение о признании испытуемого невменяемым в отношении содеянного. Из 19 испытуемых: 15 человек страдало шизофренией параноидной с непрерывно-прогредиентным течением (по МКБ — 10: F 20.00); 1 человек — шизофренией с шизоаффективным типом течения (по МКБ-10: F 25.2); 3 чел. — с приступообразно-прогредиентным типом течения (по МКБ — 10: F 20.01).

У 3 (11%) испытуемых выявлено незначительное нарушение регулятивного компонента самосознания, незначительное нарушение эмоционального компонента сочетающегося с сохранным транзитивным компонентом самосознания. При этом отмечалась адекватная само-

оценка, критичное отношение к своему физическому «Я», сочетающееся с незначительным нарушением критики к своему психическому «Я», установкой на избегание ответственности, что отражается в установочных ответах при определении критического отношения к совершенному ООД. В таких случаях можно говорить о достаточно сохранной способности обвиняемого правильно осознавать значение своих действий и руководить ими. Подэкспертные данной группы страдали шизофренией в состоянии ремиссии, из них 2 чел. — с шизоаффективным типом течения (по МКБ-10: F 25.2); 1 чел. — с приступообразно-прогредиентным типом течения (по МКБ — 10: F 20.01).

У 5-ти (18,5%) подэкспертных выявлено незначительное нарушение эмоционального компонента самосознания, незначительное нарушение регулятивного компонента, сочетающегося со значительным нарушением транзитивного компонента; критика к своему психическому состоянию нарушена умеренно, что сочетается с достаточной критикой к ООД. В данном случае можно говорить об ограниченной способности обвиняемого осознавать значение своих действий и руководить ими, что может повлечь за собой правовое решение об ограниченной вменяемости лица, совершившего криминальные действия. Из данной группы испытуемых 3 чел. страдали шизофренией параноидной с приступообразно-прогредиентным типом течения (по МКБ-10: F 20.01); 2 чел. — с непрерывно-прогредиентным течением (по МКБ-10: F 20.00). Во всех пяти случаях нами диагностирована ремиссия.

Полученные данные позволяют утверждать, что примененный методический подход перспективен в плане более дифференцированного подхода к решению экспертных вопросов при проведении СПЭ лиц, совершивших ООД и обнаруживающих признаки шизофрении. Он может быть использован также для решения вопроса об ограниченной вменяемости субъекта, что весьма актуально с учетом перспективы введения этой правовой категории в новой редакции УК Украины.

О.А. Козерацька

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.

Український НДІ соціальної та судової психіатрії Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, Україна

Патологія самосвідомості порівняно з іншими розділами психопатології досліджена недостатньо. Стосовно питання судово-психіатричного дослідження, при якому постійно підіймаються такі проблеми, які відносяться до самосвідомості як «критичне» відношення підекспертних до самого себе, до своїх психічних актів та внутрішніх переживань, до своїх вчинків та дій.

У даній роботі викладені результати дослідження 27 підекспертних, хворих на шизофренію та тих хто проводив стаціонарну СПЕ у Київському міському Центрі СПЕ.

Запропонована батарея методик для дослідження порушень регулятивного, емоційного, когнітивного компонентів самосвідомості, порушення критичності у даного контингенту підекспертних.

Зазначена важливість та перспективність дослідження порушення самосвідомості у хворих на шизофренію в умовах СПЕ для вирішення питання осудності-неосудності суб'єкта. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 46-49).

О.А. Kozeratska

THE RESEARCH OF THE DISTURBANCES OF SELF-CONSCIOUSNESS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WHILE FORENSIC EXPERTISE.

Ukrainiane Research scientific institute of social and forensic psychiatry Kyiv Center of forensic psychiatry expertise, Ukraine

Pathology of self-consciousness is less studied than the other chapters of psychopathology.

As for continuously touches upon the issues of self-consciousness such as «critical» attitudes of the subject's mention to themselves to their psychic acts and inner feelings, to their actions and deeds.

Making a solution on responsibility — irresponsibility depends on preserved critical attitude of a person to this actions.

In this article seemed the results of the investigation 27 schizophrenic patients recognized as responsible-irresponsible. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 46-49).

Литература

1. Лунц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. -М.: Медицина, 1966. -235с.
2. Ограниченная вменяемость: Сб. науч. тр. гос. науч. центра соц. и суд. психиатрии им. В.П. Сербского. — М., 1996. -135с.
3. Подрезова Л.А. Проблема вменяемости при шизофрении (состояния ремиссии) Автореф. дисс. д-ра мед. наук.-М., 1988.-47 с.
4. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. -СПб., 1997. — 395 с.
5. Чудновский В.С. // Обзорные психиатрии и мед. психологии. - 1992. -Вып.1. — С. 19-31.
6. Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. - М.: Юрид. лит., 1990. — 208 с.
7. Первомайский В.Б. Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. -К., 1996. — 48 с.
8. Табачников С.И., Кутько И.И., Долгополов А.И. //

Журн. психиатрии и мед. психологии. — 1995. -N 1. — С. 37-41.

9. Красильников Г.Т. Особенности нарушений критичности при шизофрении // Обзор. психиатр. и мед. психолог. им. В.М. Бехтерева. - 1993. — N 2. — С.95-97.

10. Меграбян А.А. Личность и сознание. — м., 1978. — 47с.

11. Ойгензихт В.А. Воля и волеизъявление // Очерки теории, философии и психологии права / Душанбе, 1983. — 256 с.

12. Шейфер М.С. К вопросу об особенностях самосознания больных шизофренией с депрессивными и депрессивно-параноидным синдромом // Сб. науч. тр. Куйбышевского мединститута. -Куйбышев, 1982. - С. 37-41.

13. Чудновский В.С., Пескова М.Ц., Носачев Г.Н. Методики изучения нарушения самосознания при психических заболеваниях. Методические рекомендации — Куйбышев, 1983.

Поступила в редакцию 24.05.99г.

УДК 340.63; 616.89-07

*В.Р.Илейко***МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОКАЗАНИЙ СВИДЕТЕЛЕЙ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Украина

Ключевые слова: посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, показания свидетелей, оценка.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) является одним из наиболее сложных и трудоемких видов экспертного исследования. Ее предмет в гражданском процессе составляет оценка психического состояния лица, его способности понимать значение своих действий и руководить ими на период юридически значимого действия (сделки), совершенного в прошлом. Исходя из криминалистического учения о связях взаимодействия, составляющего теоретический фундамент судебно-экспертного познания [1], можно указать на ряд специфических особенностей, отличающих посмертную СПЭ в гражданском процессе от прочих психиатрических экспертиз.

Так, объектом посмертной СПЭ являются исключительно материалы дела и медицинская документация. Эксперт не имеет возможности непосредственно исследовать психическое состояние подэкспертного, а лишь проводит его вторичную оценку, анализируя сведения, которые указывают как это психическое состояние, поведение представлялось в различные промежутки времени, в том числе и в период заключения сделки, медицинским, юридическим работникам, окружающим и нашло отражение в представленных материалах. Таким образом, диагностическая задача решается экспертом не непосредственно в отношении подэкспертного, а опосредованно через оценку информации, содержащейся в исследованных объектах на предмет ее соответствия существующим в психиатрии диагностическим стандартам.

Далее, поскольку по гражданским делам предварительного следствия не ведется, в предъявляемых на экспертизу объектах, как правило, отсутствует достаточное количество фактов, характеризующих личность подэкспертного, его психическое состояние, поведение при заключении сделки и в периоды времени непосредственно предшествующие и следующие за ее совершением. Эксперт, таким образом, вы-

нужден формулировать выводы в условиях дефицита информации.

Наконец, следовая информация, отраженная в объектах экспертизы, оказывается весьма разнородной по степени достоверности, прежде всего ввиду того, что субъекты этой информации не идентичны по своим характеристикам. Так очевидно, что информация, отражающая состояние подэкспертного, зафиксированная врачом-психиатром, при прочих равных условиях, будет отличаться от информации отраженной врачом-терапевтом и тем более лицом, не являющимся специалистом в области медицины и психиатрии, в частности.

Указанные обстоятельства, при отсутствии в судебной психиатрии научно обоснованной методики экспертного исследования при посмертной СПЭ, могут быть причиной существенных экспертных ошибок, затрудняющих установление истины. Рассмотрим их более подробно.

Как отмечено выше, основными объектами исследования при посмертной СПЭ являются медицинская документация и материалы дела. Последние интересуют эксперта в первую очередь представленными в них показаниями свидетелей, записями, письмами подэкспертного, юридическими документами, в которых косвенно могут отражаться особенности психического состояния подэкспертного.

Экспертная практика показывает, что свидетельские показания могут иметь второстепенное, подчиненное значение, но только в единичных случаях:

- когда подэкспертный регулярно наблюдается психиатрами и его психическое состояние достаточно полно и квалифицированно отражено в медицинской документации до и после события сделки и носит стабильный, неизменный характер на протяжении длительного времени;

- когда психическое состояние подэкспертного полно и однозначно представлено в медицинской документации непосредственно на период

заклучения сделки (включая осмотр психиатром).

В первом случае юридически значимое действие совершается в нотариальной конторе либо по месту проживания данного лица. Во втором — в медицинском учреждении и между этими парами фактов нет причинно-следственной связи.

В большинстве же случаев медицинская документация, представленная на экспертизу, бывает неполной, а представленные в ней факты изложены некачественно с точки зрения их доказательности. Это существенно повышает значение свидетельских показаний и необходимость их компетентного анализа для выявления фактов, которые использует эксперт при обосновании экспертных выводов.

Изучение литературы, касающейся посмертной СПЭ в гражданском процессе [2,3,4], анализ 120 актов посмертной СПЭ из различных регионов Украины, показали, с одной стороны, отсутствие в судебной психиатрии методических разработок в отношении оценки показаний свидетелей, а с другой, продемонстрировали их хаотичное, бессистемное изложение в исследованных актах СПЭ.

Показания свидетелей при посмертных экспертизах, как правило, бывают отрывочными, «весьма бледными и проблематичными» (Witter, 1970, цит. по 2) и почти всегда носят крайне противоречивый характер. Свидетели являются в суд по представлению (просьбе) заинтересованных сторон и зачастую их показания отражают субъективную установку, а иногда и прямую заинтересованность свидетеля. Вместе с тем их оценка с точки зрения правдивости-неправдивости, достоверности, лживости, фальсифицированности, предвзятости, убедительности и т.д., выходит за пределы компетенции психиатра-эксперта.

Поэтому подобная оценка свидетельских показаний и выводы, содержащие представленные категории, всегда свидетельствуют о низкой квалификации и непрофессионализме эксперта.

Помимо наиболее часто встречаемых в литературе советов - при наличии противоречивых показаниях перенести экспертизу в зал судебного заседания либо отказаться от дачи заключения, предложения о том, как эти противоречия устранить, как правило, отсутствуют [5,6].

Изучение актов посмертной СПЭ выявляет следующие методические ошибки, допускаемые экспертами при наличии противоречивых данных в объектах экспертизы:

а) свидетельские показания полностью игнорируются и рассматриваются в исследовательской части акта СПЭ;

б) в акте приводятся лишь те свидетельские показания, которые подтверждают диагноз и экспертные выводы;

в) свидетельские показания подвергаются психологизации и собственной интерпретации с искажением их содержания по сравнению с имеющимися в материалах дела;

г) указывается на лживость и недостоверность тех свидетельских показаний, которые «не вписываются» в выводы эксперта;

д) определенным показаниям придается больше значения, без надлежащих на то оснований и объяснений;

е) приводится «обобщение» показаний, когда в одну группу попадают различные по содержанию показания, вплоть до взаимоисключающих.

Все эти способы «устранения противоречий» вызывают справедливые возражения у суда и влекут назначение повторной экспертизы. Опыт проведения повторных экспертиз в подобных случаях показывает, что причины, порождающие противоречия в данных, полученных экспертом, могут быть сгруппированы следующим образом:

1) касающиеся непосредственно личности свидетеля;

2) связанные с фактором времени;

3) связанные с особенностями динамики психических расстройств;

4) связанные с особенностями клиники психического расстройства, наблюдавшегося у подэкспертного;

5) связанные с источником информации о психическом состоянии подэкспертного.

Разберем каждую из этих групп отдельно.

1. Противоречия, связанные с личностью свидетеля могут быть обусловлены:

а) возрастом свидетеля, определяющим особенности его памяти, восприятия предметов и явлений окружающего, отношений между ними, способностями к фиксации и последующему воспроизведению воспринятых фактов;

б) уровнем общих знаний об окружающей действительности;

в) степенью и характером осведомленности относительно знаний в области психиатрии, неврологии либо в целом медицины;

г) состоянием психосоматического здоровья свидетеля как на период наблюдения им тех или иных фактов, касающихся психического состояния подэкспертного, так и на период дачи им соответствующих показаний.

Отдельного изложения требует анализ случаев употребления врачами соматического профиля, другими лицами с медицинским, но не психиатрическим образованием, терминов, понятий, применение которых (в рамках научного понимания их содержания) требует специальных знаний в области психиатрии и специальных методов исследования. Это касается прежде всего таких понятий как сознание, мышление, критика, адекватность, продуктивность контакта, умственные (мыслительные) способности, сохранность и уровень интеллекта, памяти и т.д.

Нередко на основании наличия у больного состояния бодрствования с открытыми глазами и взором фиксирующимся на окружающих предметах, формального речевого контакта с односложными ответами на простые, конкретные вопросы, касающиеся самочувствия, общего состояния, жалоб, свидетель в последующем категорически утверждает в суде, что больной был в «ясном сознании», «абсолютно психически здоров», «адекватен», «хорошо доступен контакту», «критичен» и т.п., что не подтверждается другими фактическими данными.

2. Противоречия, связанные с фактором времени:

Так как судебные иски могут предъявляться через несколько лет после составления завещания, события, имевшие место много позднее составления завещания, свидетели переносят на более ранний период. Так, если завещатель перенес инсульт после оформления завещания и вслед за этим стал проявлять признаки слабоумия, свидетели могут излагать эти события как предшествовавшие составлению завещания.

Иногда сделка может происходить за несколько лет до смерти завещателя, что в свою очередь отражается на свидетельских показаниях. Некоторые из свидетелей описывают состояние больного исходя из воспоминаний, которые сохраняются не всегда отчетливо. При попытке восстановить необходимые факты свидетели обмениваются мнениями между собой, в связи с чем их представления о больном могут быть результатом взаимной суггестии.

3. Противоречия, связанные с особенностями динамики психических расстройств.

Видевшие больного в различное время свидетели сообщают сведения о том состоянии, которое им довелось видеть однократно, в течение ограниченного периода времени. Наблюдая, например, больного в остром периоде мозгового инсульта, когда сознание его изменено, а ориентировка нарушена, свидетель не может

знать, что спустя некоторое время (часы, дни) сознание больного восстановилось, появилось правильное осмысление ситуации.

Следует отметить, что колебания психического состояния (в первую очередь уровня сознания) могут наблюдаться в том числе при многих соматических заболеваниях (ожоговая болезнь, рак, цирроз печени, болезни сердца и др.), с помрачением сознания при декомпенсации деятельности органов и систем организма, интоксикации и купированием болезненных расстройств с улучшением соматопсихического состояния при интенсивных лечебных мероприятиях. Все это в свою очередь может отражаться на содержании свидетельских показаний.

4. Противоречия, связанные с особенностями клиники психического расстройства, наблюдавшегося у подэкспертного.

Нередко свидетелей вводят в заблуждение бредовые высказывания больных. Жалобы больных на плохое обращение с ними родственников и соседей настолько конкретны и обыденны по содержанию, что реальность описываемой ситуации у свидетелей не вызывает сомнений. Лишь некоторые из свидетелей, имеющие возможность повседневно наблюдать больного, могут наряду с этим отметить особенности его поведения (тоску, тревогу, раздражительность, суетливость, рассеянность, снижение памяти, нелепость аргументов, приводимых в доказательство своей правоты и др.).

Характерной чертой атеросклеротического слабоумия является неравномерность распада психической деятельности, мозаичность, парциальность дефекта психики. При этом, наряду с выпадением психических функций, может обнаруживаться внешняя сохранность личности (формы поведения, автоматизированные навыки, обычные суждения). Последнее может объяснять и различие свидетельских показаний, т.к. при сосудистой (в первую очередь атеросклеротической) психической патологии, внешние признаки заболевания могут оцениваться лицами не имеющими специальных знаний неоднозначно: одними — как особенности характера, поведения, поступков, другими — как проявление психического заболевания, третьими — как особенности, связанные с возрастом.

5. Противоречия, связанные с источником информации о психическом состоянии подэкспертного.

Суть этих противоречий состоит в презумировании представления о том, что понятия «свидетель», как участник процесса, и «свидетель»

как лицо лично наблюдавшее представляемый им факт, по содержанию идентичны. В действительности же это не всегда так. Практически в каждом деле находятся свидетели, которые сообщают сведения услышанные ими от третьих лиц. Если это обстоятельство установлено в судебном заседании, то такие показания не могут анализироваться экспертом.

Методологической основой посмертной СПЭ (как и других видов судебно-психиатрического экспертного исследования) являются: системный метод и принцип презумпции [7,8]. Ими определяется и методика изучения свидетельских показаний, изложения выявленных фактов в исследовательской части и их оценки в мотивировочной части акта СПЭ [9].

В исследовательской части акта должны быть приведены все показания свидетелей, в той части в которой в той или иной мере затрагивается, описывается психосоматическое состояние подэкспертного, особенности его поведения, высказываний как на интересующий суд период времени, так и на протяжении его жизни. Свидетельские показания могут излагаться как в порядке их встречаемости в гражданском деле (судебных заседаниях), так и в ином порядке, с дополнением сообщаемых сведений при их даче повторно.

Свидетельские показания, в которых описание состояния подэкспертного приводится со слов третьих лиц, могут быть объединены фразой, что свидетели лично подэкспертного не наблюдали. Свидетельские показания, в которых отсутствует упоминание о состоянии здоровья, поведении подэкспертного, также не требуют изложения и могут быть объединены фразой, что в показаниях таких-то свидетелей отсутствуют сведения о психосоматическом состоянии подэкспертного.

Сообщения, заявления, объяснения, ходатайства, просьбы и т.п. свидетелей, приведенные в деле и полученные непроцессуальным путем, могут найти упоминание в исследовательской части акта, но приводятся отдельно и кратко.

Форма, способ изложения свидетельских показаний в акте СПЭ индивидуальны и зависят от опыта эксперта, его умения выделить в показаниях основное, наиболее существенное, чтобы не перегружать исследовательскую часть второстепенными деталями, подробностями межличностных отношений, гражданского спора и т.д.

Обязательным является указание фамилии и инициалов свидетеля, по возможности рода его

деятельности (медицинский работник, врач, почтальон, нотариус, работник ЖЭКа, гос. учреждения и т.п.) и листа дела, а лучше даты судебного заседания, на котором эти показания были получены, т.к. нумерация листов в деле может в последующем измениться).

В мотивировочной части акта СПЭ проводится обобщение, сопоставление и анализ данных, представленных в исследовательской части акта.

Основным методическим принципом, используемым при этом, является принцип согласуемости данных. Суть его состоит в том, что воссоздание (реконструкция) психического состояния подэкспертного на интересующий суд период времени должна основываться и доказываться путем анализа и сопоставления фактов, полученных при исследовании объектов экспертизы на предмет их соответствия друг другу, а также имеющимся научным представлениям об особенностях возникновения, динамики, клинических проявлений тех или иных психических расстройств, с использованием для этого результатов научных исследований, данных научной литературы.

Свидетельские показания в мотивировочной части акта оцениваются:

- на предмет их пространственно-временной определенности;
- на предмет их внутренней цельности, однозначности, отсутствия противоречий в отдельных составляющих этих показаний;
- на предмет соответствия показаний одного и того же свидетеля друг другу на протяжении судебного разбирательства, если свидетель давал показания неоднократно;
- на предмет соответствия показаний одних свидетелей показаниям других;
- на предмет их соответствия другим сведениям о психическом состоянии подэкспертного, имеющимся в представленных на экспертизу материалах, в первую очередь данным медицинской документации (если таковая имеется) на тот период времени, который эти показания охватывают;

- и наконец, на предмет их соответствия научным представлениям о клинических проявлениях психических, соматопсихических расстройств, диагностированных у подэкспертного.

Таким образом, свидетельские показания при их анализе могут оцениваться экспертом в той мере, в какой они отражают психическое состояние подэкспертного, а приниматься как научный медицинский факт лишь тогда, когда их содержание находит подтверждение при сравне-

нии с другими фактическими данными о психическом состоянии подэкспертного в их совокупности. Противоречащие им данные, не влияющие на экспертные выводы, по возможности должны быть объяснены в пределах компетенции психиатра-эксперта.

Использование вышеизложенных методических подходов позволит эксперту при выполнении посмертной СПЭ провести научную оценку свидетельских показаний и квалифицированно использовать установленные факты при обосновании экспертных выводов.

В.Р. Лейко

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ПОКАЗАНЬ СВИДКІВ ПРИ ПОСМЕРТНІЙ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗИ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ.

Український науково-дослідний Інститут соціальної та судової психіатрії, Україна

Сформульовано маючі значення особливості посмертної СПЕ у цивільному процесі. На підставі вивчення 120 випадків посмертної СПЕ проаналізовано труднощі, з якими стикається експерт під час оцінки свідотств свідків, викладено основні помилки, які виникають при цьому. Запропоновано методику оцінки показань свідків з метою забезпечення обґрунтованості експертних висновків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 50-54).

V.R. Lejko

METHOD FOR ESTIMATION OF EVIDENCE WITNESSES WITH POSTHUMOUS FORENSIC PSYCHIATRY EXPERTIZE IN CIVIL TRIAL.

Ukrainiane Reserch Institute of Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

The article features of posthumous forensic psychiatry expertize in civil trial have been formulated. 120 cases of posthumous forensic psychiatry expertize were studied. On basic of material about the most widespread mistakes in the investigation of evidence witnesses were found and analysed. Method for estimation of evidence witnesses were proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 50-54).

Литература

1. Сегай М.Я., Стринжа В.К. Судебная экспертиза материальных следов-отображений. -Киев: «Ін Юре», 1997. -174 с.
2. Холодковская Е.М. Дееспособность психических больных в судебно-психиатрической практике. -М., 1967. -112с.
3. Шостакович Б.В., Ревенок А.Д. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. -К.: «Здоровья», 1992. -184с.
4. Горинов В.В. Вопросы теории в методологии посмертных судебно-психиатрических экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза, 1994. -N 2. -С.37-39.
5. Харитоновна Н.К. Актуальные вопросы судебно-

- психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Материалы 12 съезда психиатров России. -М., 1995. -С. 491-492.
6. Боброва И.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Судебная психиатрия. Руководство для врачей. -М.: «Медицина», 1988. -С.75-77.
7. Первомайский В.Б. Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта: Дисс.докт.мед.наук. -Киев, 1996. -360с.
8. Первомайский В.Б. Презумпции в психиатрии // Вісник асоціації психіатрів України. -Київ, 1995. N 2. -С.7-17.
9. Складання акту судово-психіатричної експертизи. Методичні рекомендації: КНДІ загальної та судової психіатрії. -К.,1995.-25л.

Поступила в редакцию 24.05.99г.

УДК 616.89+616.1/4

*М. І. Винник***ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ В СТРУКТУРІ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії, Україна

Ключові слова: психосоматичні порушення, клімактеричний синдром, посткастраційний синдром, інволюційні психози.

Літературні дані свідчать про ріст питомої ваги психосоматичних розладів (ПСР) в структурі психіатричної захворюваності. Частота їх в населенні коливається від 15% до 50% [13]. Серед пацієнтів амбулаторної сітки вони складають 30-57% [13].

До психосоматичних в сучасній медицині відносять не тільки психосоматичні захворювання в традиційному розумінні цього терміну (гіпертонічна, ішемічна, виразкова та інші хвороби), а значно ширше коло патологічних станів, зокрема соматоформні стани (соматизовані розлади), патологічні психогенні реакції на соматичне захворювання, соматопатії (соматопсихічні акцентуації), реакції екзогенного типу, які маніфестують на соматичній основі і відносяться до категорії симптоматичних психозів [13]. Окремі автори в рамках психосоматичних інтерпретують і психопатологічні стани, в основі яких лежать циклічні зміни функціонального стану репродуктивної функції жінки: передменструальний синдром, депресії вагітних, інволюційна депресія, істерія та ін. [6, 15].

Продовжується дискусія відносно основних механізмів формування психосоматичних порушень. Існує точка зору, що соматизація є проявом депресії [14]. Виражається думка про коморбідність депресій, тривоги та соматоформних розладів, що відображає спільність патогенетичних механізмів останніх [7, 11, 14]. М. В. Коркіна [9] розглядає соматизацію як форму психологічного захисту, при допомозі якої падає рівень емоційного напруження, а увага хворих переключається на «соматичне Я».

В останні десятиріччя окремі представники психосоматичної медицини заявляють про розрив з ортодоксальною психоаналітичною психосоматикою, мотивуючи безплідністю концепцій психогенезу [1]. Сьогодні прийнято вважати, що психо- і соматоцентричні моделі психосоматич-

ної патології не витримують критики, так як насправді мова іде про взаємодію психологічних і біологічних механізмів в генезі останніх [1, 12, 14]. Більшість дослідників виражаються за об'єднання зусиль психологічних і фізіологічних підходів у вивченні психосоматичної патології [1, 2, 9, 11].

Не дивлячись на багатоманітність психосоматичних порушень (що знайшло відображення в МКХ-10) [10], останні характеризуються тим, що психічні і соматичні розлади перекриваються, що відображає спільність патогенетичних механізмів вказаних розладів. Цікавою моделлю в цьому контексті можуть бути психосоматичні розлади в структурі інволюційної психічної патології у жінок. Саме вони можуть бути тією моделлю, при вивченні якої відкривається можливість пізнання психосоматичної єдності, саме на основі вивчення такої патології можна привідкрити завісу психофізіологічної проблеми [1]. Якщо врахувати, що гіпоталамічні структури, які беруть безпосередню участь у регуляції репродуктивною системою є одночасно важливою складовою лімбіко-ретикулярного комплексу і вищими вегетативними центрами, тобто саме на дієнцефальному рівні відбувається інтеграція психічних і соматичних функцій, стає зрозумілою значна поширеність психосоматичних розладів в цих випадках. Керуючись сучасними уявленнями про роль пептидних гормонів в організмі людини (останні, як відомо, наряду з іншими функціями відіграють важливу роль в регуляції репродуктивної системи жінки), необхідно відмітити, що дані сполуки представляють собою матеріальний субстрат, який має пряме відношення до єдності психічного і соматичного в організмі [3]. Така унікальна властивість молекул гормонів здійснювати одночасно сомато- і психотропний ефекти отримала назву «бінарність дії гормонів» [2].

Матеріал і методи обстеження

Проведено клініко-психопатологічне обстеження 192 хворих. Із них: 75 (39,0±3,52%) з межовими психічними розладами в структурі природнього і 28 (14,6±2,55%) – в структурі штучного (після хірургічного видалення обох яєчників) клімаксу. Другу групу склали 89 (46,4±3,60%) хворих з інволюційними психозами. Сюди ввійшли 54 (28,1±3,24%) хворі з психічними порушеннями, які в МКХ-10 шифруються як органічні (афективні) розлади настрою (F06.3) з приміненням діагностичних критеріїв F32.3 («важкий депресивний епізод з психотичними симптомами»).

Необхідно відзначити, що діагностична рубрика F06 включає в себе стани, причинно зв'язані із дисфункцією головного мозку, в тому числі – при ендокринних захворюваннях. Спільним для них є те, що клінічні прояви в їх структурі не вважаються «органічними» в специфічному для розділу F00 розумінні (як деменція чи делірій). Сучасні уявлення про зміни в центральній нервовій системі в інволюційному віці у жінок дозволяють виразити думку, що найбільш адекватною в даному випадку є категорія «дисфункція», яка характеризує багатогранні і гетерохронні процеси старіння головного мозку. Важливою умовою віднесення психопатологічних розладів в діагностичну рубрику F06 є зв'язок в часі між розвитком основного захворювання і виникненням вказаних психічних розладів.

В групу психотичних розладів ввійшли також 35 (18,2±2,79%) хворих з діагнозом «інволюційний параноїд» (F22.8).

В усіх випадках психічні розлади вперше з'явилися у обстежених жінок в клімактеричному періоді, що і було головним критерієм їх відбору.

В 72 (96,0±2,26%) випадках початок психопатологічних розладів в структурі КС прийшовся на пре-, пері- та ранню постменопаузу (до 2 років після останньої менструальної кровотечі). У жінок з ПКС психопатологічні порушення формувались в межах кількох тижнів чи місяців після перенесеного оперативного втручання. В групі з психотичними розладами останні формувались в постменопаузі до 2 років тільки у 9 (10,1±3,20%) хворих. У значної частини хворих (37,1±5,12%) дебют психотичної симптоматики припав на по-

стменопаузу більше 5 років, з них в 10 (11,2±2,26%) випадках – на постменопаузу більше 10 років.

На час обстеження 166 хворих (86,5±2,47%) знаходились в постменопаузі. 26 (34,6±5,50) хворих з межовими нервово-психічними розладами в структурі КС перебували в пременопаузі.

Середній вік пацієнок на момент обстеження склав 52,3±6,8 року, в тому числі: в групі з клімактеричним синдромом (КС) - 54,9±2,3 роки; посткастраційним синдромом (ПКС) - 41,2±4,3 роки і психотичними розладами - 57,6±5,6 року.

Як видно із представлених даних, найнижчим виявився вік у жінок з ПКС, що обумовлено раннім початком штучного клімаксу в зв'язку із оперативним втручанням у відносно молодому віці, а найвищим - в групі інволюційних психозів.

У основної частини хворих (80,7±2,85%) менопауза настала у віці 45-55 років (в середньому - 47,8±4,1 року, що нижче, згідно даних літератури, середньостатистичних). Передчасний клімактерій (у віці до 40 років) спостерігався у 18 (9,3±2,10%) хворих, а ранній (до 45 років) - у 19 (9,9±2,79%) хворих. Серед них 64,9±7,84% (24) склали пацієнтки з ПКС і 35,1±7,85% (13) - хворі з КС.

Середній вік настання менархе серед обстежених хворих склав 13,9±1,7 року. В усіх клінічних групах відносно високими виявились показники пізнього початку менархе – після 15 років: у хворих з природнім клімаксом – 22,7±4,83%; штучним клімаксом – 28,6±8,54% і при психозах – 16,9±3,97%. Суттєво, що у групі хворих з КС найвищим виявився показник жінок, які ніколи не вагітніли (7,8%), або вагітність наступила у них через відносно тривалий проміжок часу (2-3 роки і більше) після початку регулярного статевого життя (10,9%). В інших групах ці показники склали: 14,3% і 17,9% при ПКС; 3,4% і 2,2% при інволюційних психозах. Приведені дані можуть мати суттєве значення в контексті підтвердження думки про наявність у значної частини обстежених хворих вродженої чи набутої дефіцитарності дієнцэфальних структур головного мозку, які мають відношення до регуляції репродуктивної системи, а також - забезпечення вегетативних функцій.

Результати обстеження та їх обговорення

Значну питому вагу в структурі КС уже на початкових етапах його динаміки займали соматоформні (F45) розлади. У 30% хворих вони були передвісниками патологічного клімактерію.

Найбільш частим проявом соматоформної вегетативної дисфункції (F45.3) були «приливи» і нічна пітливість, які виявлялись у 71 (94,6±2,59%) хворої. За ступенем вираженості (згідно класи-

фікації Є. В. Віхляєвої, 1980) «приливи» розподілились таким чином: легкі (до 10 на добу) - у 20 хворих (28,2±5,33%); середньої важкості (10-20 на добу) - у 27 (38,0±5,76%) і важкі (більше 20 на добу) - у 24 (33,8±5,61%) хворих. З перших тижнів і місяців захворювання частота «приливів» поступово зростала, а стабілізація на максимальних цифрах відбувалась в рамках 3-9 місяців.

Суб'єктивно відчуття «приливу» нагадувало змішані вегето-судинні пароксизми у хворих з дienceфальною патологією. Важливо, що до виникнення «приливу» у більшості жінок виникало відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження, а в 5 випадках - неприємні відчуття в епігастральній області, тошнота, загальна слабкість.

Нерідко відчуття жару первинно виникали в епігастральній області і у вигляді хвилі піднімалися до голови і верхньої частини тулуба. При цьому ступінь їх вираженості був різним: від легкого дискомфорту (невелика «хвиля жару», яка розповсюджувалась тільки на верхню частину тіла, частотою до 10 на добу (25,4±5,16% хворих) до вираженого відчуття «внутрішнього вогню», який охоплював все тіло, частотою більше 20 на добу (31,0±5,49% хворих). Характер і вираженість пітливості під час «приливу» теж була різною: від легкої до значної з виділенням великої кількості рідкого або густого липкого поту.

2/3 обстежених хворих виявляли різноманітні провокуючі «приливи» фактори: фізична чи розумова перевтома, психотравмуючі впливи, перебування в душному приміщенні чи їх комбінацію.

Вивчення добового ритму «приливів» показало, що у 57,7±5,86% випадків вони були більш вираженими і частішими в нічний час, особливо характерною була дана закономірність у хворих з КС середнього і важкого ступенів.

У 13 хворих (18,3±4,59%) «приливи» протікали з вираженим симпатико-адреналовим радикалом – «ознободібним тремтінням», підвищенням артеріального кров'яного тиску, серцебиттям, відчуттям внутрішнього напруження, тривоги і страху, виділенням холодного і липкого поту. В цих випадках вони нагадували панічні атаки (F41.0) В 6 випадках (8,5±3,30%) переважали ваго-інсулярні прояви: падіння кров'яного тиску, брадикардія, рожева тепла шкіра. Але в подавляючій більшості випадків вони носили змішаний характер. Так, початок «приливу» в абсолютній більшості випадків свідчив про домінування симпатико-адреналових механізмів. Однак, в процесі його розвертання симптоматика могла видозмінюватись, що свідчило про домінування вагоінсулярного відділу вегетативної нервової

системи.

Складні, багатогранні і достатньо індивідуальні переживання хворих під час «приливів» (підвищена дратівливість, відчуття напруження, туги, страху, серцебиття, «пульсації» в голові, задишки, «завмирання» серця, оніміння шкіри рук і ніг чи поколювання по всій поверхні шкіри і ін.) зустрічались в різних комбінаціях, що свідчить про складну індивідуальну динаміку співвідношень симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС у різних хворих під час «приливу», а також про участь особистісно-реактивних механізмів у їх виникненні, структуруванні та динаміці.

«Приливи», особливо у випадках їх значної частоти і вираженості, важко переносились хворими (нерідко важче, ніж власне психопатологічна симптоматика) і відігравали суттєву роль в структуруванні і динаміці клімактеричного синдрому. Вони перетворювались в самостійний психотравмуючий фактор, доповнюючи нозогенні реакції особистості на факт патологічного клімактерію. Таким чином формуються психосоматичні цикли [9], в яких психогенні і соматогенні фактори виступають в тісній єдності. Останні значно виснажують як біологічні, так і психологічні гомеостатичні механізми, сприяючи хронізації патологічного процесу.

Нерідко (21,3±2,46%) спостерігались соматизовані розлади (F45.0), найчастіше у вигляді поколювання, оніміння, затерпання чи больових відчуттів в різних ділянках тіла з тенденцією до міграції та частих змін в інтенсивності. Характерними були також вічуття зуду в різних частинах тіла, особливо часто - в області геніталій.

У 34 хворих (45,3±5,75%) з часом все помітнішою ставала надмірна фіксованість на своїх переживаннях, переоцінка важкості порушень, що мали місце. Іпохондричні розлади (F45.2) ставали особливо стійкими і, в значній мірі, визначали нові форми реагування та поведінки хворих. Вони багаторазово відвідували лікарів різних спеціальностей, пред'являли велику кількість скарг соматичного характеру. Від'ємні результати додаткових обстежень були недостатньо переконливими для хворих і обстеження повторювались.

Паралельно із формуванням іпохондричної фіксації у 14 хворих (18,6±4,49%) виявлялась схильність до демонстративної поведінки, недостатня критичність. Вони ставали вередливишими і вимагали постійної уваги. Істерична симптоматика особливо чітко звучала у хворих, для яких клімакс і пов'язані з ним зміни (поява зморшок, сивого волосся, маскулінізація і ін.) були

особливо значимими.

Значну питому вагу в структурі психосоматичних розладів займала диссомнія. У 57 хворих (76,0±4,93%) паралельно із астено-тривожними проявами на фоні в різному ступені вираженої сонливості в день виявлялись пре-, інтра-, і постсомнічні розлади. Не дивлячись на те, що продовжує дискутуватись питання щодо ролі нічних «приливів» в механізмах порушень сну у хворих КС, навіть у випадках незначної вираженості останніх вночі чи їх повної відсутності, порушення сну мають місце. Сучасні уявлення про складну структурно-функціональну організацію системи, що регулює цикл сон-бадьорість, а також дані про ведучі механізми формування КС, приливів в його структурі – в тому числі, дозволяють висловити думку про первинний характер диссомнічних розладів у хворих КС, так як синхронізуючі - десинхронізуючі системи головного мозку одночасно беруть участь у механізмах регуляції сну, а являючись складовою лімбіко-ретикулярного комплексу, мають відношення і до формування проявів патологічного клімактерію. Безперечно, «приливи» виступають в ролі обтяжуючого фактора, при чому дана роль обумовлена як біологічними (активація симпато-адреналової системи), так і психологічними (реактивно-особистісними) механізмами.

Важливе місце серед поліморфних клімактеричних розладів займають порушення з боку серцево-судинної системи [8]. Серед обстежених хворих особливо часто зустрічались кардіалгії – 55 хворих (73,3±5,10%). Як правило, вони характеризувались ниючим, колючим або давлячим характером, різним ступенем інтенсивності, локалізувались в області верхівки серця і іррадіювали в ліву лопатку. Їх тривалість була різною: від кількох хвилин до багатьох годин а, в окремих випадках, навіть постійно. Кардіалгії не виявляли жодного зв'язку з фізичним навантаженням і не знімались нітрогліцерином, зате в певній мірі залежали від емоційного стану пацієнтів.

В 51 (68,0±1,45%) випадку виявлялась лабільність пульсу і артеріального тиску. При цьому частіше спостерігалась помірна гіпертензія, а в ряді випадків вона носила транзиторний характер, що свідчило про регуляторні порушення. В той же час стабільна гіпертензія спостерігалась значно рідше - у 13 хворих (17,3±4,37%).

Серед розладів серцевого ритму у хворих КС найчастіше зустрічалась синусова тахікардія – 18 випадків (24,0±8,72%), рідше зустрічались синусова брадикардія – 3 (4,0±2,26%), екстрасисто-

лія - 4(5,3±1,69%) і параксизмальна тахікардія – 2 випадки (2,7±1,86%).

Ортостатичні розлади зустрічались у 27 хворих (36,0±5,54%) і проявлялись періодичним головокружінням, особливо при зміні положення тіла.

Нерідко (37,3±5,58%) хворі пред'являли скарги на головні болі. Відомо, що флюктуація рівня гормонів може викликати або посилювати головну біль, в основі якої лежить вегетосудинна дистонія. Значення нейроендокринних зрушень в генезі головного болю особливо чітко простежується на різних етапах репродуктивного періоду у жінок. Так, мігрень частіше починається в період статевого дозрівання, її прояви мініюються під час вагітності і окремих фаз менструального циклу. Яскравим прикладом головного болю, обумовленого порушеннями нейроендокринних регуляторних механізмів є передменструальний синдром. Вазомоторний головний біль супроводжує аменорею психогенного генезу, коли пригнічується нейросекреція гіпоталамуса, подавляється гіпофізарно-яєчниковна функція і знижується рівень гонадотропінів і естрогенів.

Аналіз особливостей інтимного життя виявив широкий спектр порушень сексуальної функції (F52) і пов'язані з цим важкі емоційні переживання у хворих, які відображались на загальному стані останніх. Найчастіше спостерігались диспареунія (54,7±5,74%), аноргазмія (34,7±5,49%), зниження (29,3±5,26%) чи підвищення лібідо (22,7±4,83%) і ін.

В клінічній картині домінуючою була астенична симптоматика (емоційно лабільні розлади, F06.6), яка проявлялась практично у всіх хворих фізичною і психічною втомлюваністю, емоційною неврівноваженістю, зниженою переносимістю зовнішніх подразників. В 72 (96,0±2,26%) випадках на фоні астеничних проявів виявлялись відчуття внутрішнього дискомфорту, тривожності, а у 46 (61,3±5,62%) хворих виявлялись депресивні розлади.

Така синергічність формування психопатологічних та психосоматичних розладів може бути пояснена тільки єдністю патогенетичних механізмів останніх, а саме - функціонуванням в патологічному режимі структур нейроендокринної системи, які відповідають за регуляцію репродуктивних і вегетативних функцій і, в той же час, є структурами, де має місце інтеграція психіки і соматки. Можна допустити, що вказані механізми носять універсальний характер.

Характерною особливістю психосоматичних розладів в структурі ПКС в порівнянні із аналог-

ічними картинами при КС були, як правило, більш виражені соматоформні розлади, які формувались гостро і, в значній мірі, відображались на характері психопатологічної симптоматики.

Порівняння психічних та соматоформних розладів в структурі ПКС та КС виявило статистично достовірне переважання серед хворих ПКС важких афективних (39,3±9,23% при ПКС і 10,9±4,59% при КС; $t = 2,76$; $P < 0,01$) та тривожних (30,8±9,05 при ПКС і 5,6±2,7 при КС; $t = 2,67$; $P < 0,01$), а також - частоти окремих вегетативних порушень, зокрема: сну (100,0% при ПКС і 76,0±4,93% при КС; $t = 4,93$; $P < 0,001$), лабільності артеріального кров'яного тиску (100,0% при ПКС і 68,0±5,39 при КС; $t = 5,94$; $P < 0,001$), головних болів (85,7±6,61% при ПКС і 37,3±5,59% при КС; $t = 5,59$; $p < 0,001$). Така закономірність може свідчити про важчий перебіг психічних і соматоформних розладів в структурі ПКС порівняно із аналогічними порушеннями в структурі КС в зв'язку із гострим виникненням естрогенної недостатності.

Модель формування психосоматичних розладів в структурі ПКС має особливе теоретичне і практичне значення, так як мова іде про патологічний стан, який розвивається гостро у жінок відносно молодого віку на фоні гострого дефіциту естрогенів в організмі. Точка зору про ведучу роль естрогенної недостатності у формуванні

психосоматичної патології в подібних випадках підтверджується даними про позитивну роль замісної гормональної терапії як при КС, так і, особливо - ПКС [4, 16, 17, 18].

Психосоматичні розлади зустрічались практично у всіх хворих інволюційними психозами. У тієї частини жінок, у яких прояви психозу формувались в ранній постменопаузі (1-3 роки), вираженими і частими були «приливи» і нічна пітливість. Важливе місце серед соматоформних розладів займали порушення з боку серцево-судинної системи. Частішими в даній групі порівняно із хворими з межовими розладами в структурі КС та ПКС були порушення серцевого ритму. Практично у всіх хворих виявлялись диссомнічні розлади у вигляді затрудненого засипання, поверхневого і тривожного з частими сновидіннями сну, відчуття розбитості після просипання. Типові для ендогенних депресій зниження апетиту і схуднення спостерігались тільки у частини із них (відповідно 55,6±6,76% і 37,0±6,57%). Закрепи виявлялись у 25 (46,3±6,79%) хворих. Ці прояви, а також алгічні феномени, обумовлені остеопоротичними змінами в пізній постменопаузі, сенестопатії та парестезії сприяли формуванню відчуття фізичної (а не психічної, як при ендогенних психозах) змінності, що, в кінцевому результаті, в значній мірі визначало утворення маячної симптоматики по типу катестезичного маячіння.

Висновки

1. Клініко-психопатологічне вивчення жінок з межевою нервово-психічною патологією в структурі клімактеричного та посткастраційного синдромів, а також - інволюційними психозами виявило в цих випадках широку палітру психосоматичних розладів.

2. Синхронний розвиток психопатологічних та психосоматичних розладів у хворих з інволюційною психічною патологією вказує на

спільність патогенетичних механізмів вказаних розладів.

3. Гострий розвиток психосоматичних розладів у жінок з посткастраційним синдромом свідчить про роль гормональної дисфункції в даній категорії хворих.

4. Психосоматичні розлади відіграють важливу роль в структуруванні та динаміці інволюційної психічної патології у жінок.

М. И. Винник

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН.

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Украина

На основании обследования 75 женщин с проявлениями климактерического синдрома, 28 - с проявлениями посткастрационного синдрома и 89 - с инволюционными психозами показано значительную распространенность и важную роль в структурировании последних психосоматических нарушений. Выражена мысль, что формирование психосоматических нарушений в структуре инволюционных психических расстройств у женщин - результат функционирования в патологическом режиме ответственных за регуляцию репродуктивной системы нейроэндокринных структур, которые принимают активное участие в интеграции психической и соматической сфер. Очевидно, данные механизмы носят универсальный характер и лежат в основе формирования психосоматической патологии вообще. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 2 (6). — С. 55-60).

PSYCHOSOMATIC DISTURBATIONS IN THE STRUCTURE OF INVOLUTIONAL MENTAL DISORDERS AMONG WOMEN

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

On the base of examination among 75 women with manifestations of the climacteric syndrom, (28 - with postcastrations syndrome) manifestations and 89 - with involution psychoses it was shown a great prevalence and important role of the psychosomatic disturbances in the structuration of the latter. The opinion is expressed that formation of psychosomatic disturbances in the structure of involutional mental disorders among women is the result of functioning in pathological conditions neuroendocrine structures responsible for the regulation of the reproductive system and taking an active part in integration of mental and somatic spheres of a person. It is evident that these mechanisms are of universal nature and are the basis of formation of psychosomatic pathology in general. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 55-60).

Література

1. Ануфриев А. К. Психосоматика на перекрестке с психопатологией // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М.: 1990. - С.17-20.
2. Белкин А. И. Психосоматические эффекты гормонов и ситуация // Клиническая психоэндокринология. - М.: 1985. - С.5-15.
3. Белкин А. И., Ракитов А. И. Гормоны в информационной структуре человека: концепция и гипотезы // Вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии. - М.: 1989. - С.5-21.
4. Винник М. І. Замісна гормональна терапія депресій в пре- та постменопаузі у жінок. - Галицький лікарський вісник - 1999. - №2. - С.25-28.
5. Гиндыкин В. Я. Соматоформные, соматогенные и психосоматические расстройства // Лексикон малой психиатрии. - М.: 1997. - С.274-328.
6. Гладкова К. И., Остроумова Л. И. Особенности психосоматических эквивалентов аффективных расстройств при инволюционной депрессии // Вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии. - М.: 1989. - С.88-90.
7. Зеленина Е. В. К психопатологии депрессивного соматовегетативного симптомокомплекса // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1997. - №4. - С.25-29.
8. Ильина В.Н., Григорьева Е. А. Психосоматические соотношения при кардиалгиях пубертатного и климактерического периодов // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М.: 1990. - С.92-94.
9. Коркина М. В., Марилов В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1998. - №11. - С.30-32.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - Санкт-Петербург: «АДИС». - 1994. - 300 с.
11. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Фильц А. О. и соавт. Соматоформные расстройства (Современные методологические подходы к построению модели). - М. - 1992. - С.8-17.
12. Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Сыркин А. Л. и соавт. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1997. - №2. - С.4-9.
13. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и соавт. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1999. - №4. - С.4-17.
14. Холмогорова А. Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Соц. и клиническая психиатрия. - 1998. - №1. - С.94-101.
15. Hammar M., Berg G., Lindren R. Which somatic symptoms are caused by steroid-hormone decreases around and after menopause and how common are they? // The climacteric and its treatment. - New York-London, 1997. - P. 67-74.
16. Landau C., Milan F.B. Assessment and Treatment of Depression During the Menopause: A Preliminary Report // Menopause. - 1996. - Vol. 3. - № 4. - P. 201-207.
17. Panay N., Studol J.W.W. HRT and depression // Journal Gynecological-Endocrinology. - 1996. - Vol. 10, Suppl. 4. - P. 24-25.
18. Studd John W.W., Smith Roger N.J. Estrogens and Depression in Women // Menopause: The J. of the North American Menopause Society. - 1994. - Vol. 1. - № 1. - P. 33-37.

Поступила в редакцию 4.09.99г.

УДК 616.89+056.76-08

Е.А.Голоцван

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Киевский центр планирования семьи, сексологии и репродукции человека, Украина

Ключевые слова: психотерапия, невротические расстройства, супружеская дезадаптация

Вопрос психотерапевтической коррекции различных невротических проявлений при супружеской дезадаптации до настоящего времени остается открытым.

Как известно, современная семья под динамичным воздействием неблагоприятных экономических, социальных, психологических факторов оказалась в сложных условиях. Традиционные же психотерапевтические подходы к коррекции супружеской дезадаптации не всегда оказываются достаточно эффективными. Все это обуславливает настоятельную потребность в поиске, разработке и внедрении новых методов и подходов в психотерапевтической практике.

Следует заметить, что помимо широко известных психотерапевтических направлений (гипносуггестивное, бихевиоральное и т.д.) в последнее десятилетие в Украине начали активно применяться такие методы как гештальт-терапия, психодрама, транзакционный анализ, телесно-ориентированная терапия. В этой связи есть необходимость более подробно остановиться на характеристике этих методов.

Одной из основных ветвей гуманистической психологии является гештальт-терапия. Гештальт-подход Ф.Перлза [11] сочетает в себе теорию поля К.Левина, театр психодрамы Я.Морено, биоэнергетику и метод Александера (телесно-ориентированный метод). Терапевтический подход Ф.Перлза основывается на 5-ти ключевых теоретических понятиях: отношения фигуры и фона, осознание (awareness) и сосредоточенность на настоящем, противоположности, функции защиты, зрелости и ответственности.

Основным значением слова «фигура» или «гештальт» является паттерн или конфигурация — специфическая организация частей, составляющих определенное целое, которую нельзя изменить без ее разрушения. Гештальт-образования (потребности) возникают обязательно на каком-то фоне (не связанные с процессом удов-

летворения потребности). Люди выбирают из фона то, что значимо для них в тот момент и это значимое становится гештальтом. Например, чувство сексуального желания легко может стать фигурой, в то время как остальные компоненты нашего опыта отступают на задний план [13]. Как только потребность удовлетворена, гештальт завершается, давая место формированию нового гештальта. Если гештальт незавершен, неотрагированные, невыраженные чувства накапливаются и начинают оказывать негативное воздействие на текущие психические процессы индивида.

Осознание и сосредоточенность на настоящим («здесь-и-теперь») являются ключевыми понятиями в гештальт-теории. Для удовлетворения своих потребностей людям необходимо постоянно быть в контакте с зонами своего внутреннего (процессы и события, происходящие в нашем теле) и внешнего мира (совокупность внешних событий, осознаваемых индивидом как сенсорные сигналы). Ф.Перлз выделял так же среднюю зону (фантазии, верования и другие интеллектуальные и мыслительные процессы) и полагал, что неврозы возникают в результате тенденции к сосредоточению на средней зоне, за счет исключения из сознания событий внутренней и внешней зон [11].

Следующее ключевое понятие гештальт-подхода — противоположности. Понятие противоположностей Ф.Перлз применял и к процессу функционирования личности. Личность рассматривалась как некое целостное образование, состоящее из двух взаимодополняющих составных — «Я» (способность дифференцировать себя и других) и «Оно» (различные степени идентификации с внешним миром). Компоненты личности «Я» и «Оно» отвечают за формирование и завершение гештальтов.

Понятие зрелость в гештальт-теории используется тогда, когда индивидуум может мобили-

зовать свои ресурсы для преодоления фрустрации и страха, дезактуализирует свои ролевые поведенческие стереотипы. По предположению Ф.Перлза, для достижения зрелости и принятия ответственности за самого себя, индивидуум должен проработать все свои невротические уровни («клише», «искусственный уровень», уровень «тупика», уровень «внутреннего взрыва»). На первом уровне («клише») человек действует стереотипно и неаутентично. На втором уровне («искусственный уровень») преобладают ролевые поведенческие стереотипы. Уровень «тупика» человек стремится избежать, так как в этой ситуации он чувствует себя фрустрированным (нет поддержки со стороны окружения и самоподдержка неадекватна). Если человек преодолевает эти уровни, доходя до уровня «внутреннего взрыва», то это означает, что затрагивается его истинное «Я», лишенное всех психологических защит.

По данным А.Л.Александрова [1], О.К.Романенко [4], К.Наранхо [10] гештальт-терапия получает в настоящее время все более широкое признание из-за способности интегрироваться с другими психотерапевтическими подходами.

По мнению Полстер И., Полстер М. [12] эффективность гештальт-терапии повышается при интеграции ее с методом транзакционного анализа.

Транзакционный анализ в настоящее время также применяется в лечении и коррекции супружеской дезадаптации (при индивидуальной и групповой психотерапии) и использует рациональный подход. Рациональный подход позволяет быстро выработать у пациента навык контролировать и терпеливо переносить свои тревоги. По мнению Э.Берна [5] транзакционный анализ особенно эффективен в случаях, когда трудно применима традиционная психотерапия (например, в случаях различных психосоматических проявлений).

Транзакционный анализ включает в себя анализ структуры личности, анализ транзакций и анализ игр и сценариев. Структуру личности, по Берну, составляют такие психические механизмы как экстеропсихика, неопсихика и археопсихика. Феноменологически эти механизмы проявляются как экстеропсихическое (например, идентификация), неопсихическое (к примеру, выработка данных) и археопсихическое (например, регрессия) состояния «Я». В разговорной речи эти типы состояния «Я» называют соответственно «Родитель», «Взрослый» и «Ребенок». Берна описывает состояние «Я» как систе-

му чувств, которая определяется набором согласованных поведенческих схем. Состояние «Родителя» может проявляться двояко - как активное состояние «Я» или как влияние «Родителя». В первом случае человек реагирует так, как реагировали бы в подобных случаях его отец или мать, а во втором случае реакция человека обычно бывает такой, какую от него ждут («делай то, что я тебе говорю»). «Родитель» осуществляет две основные функции — эффективно играет роль родителя своих детей и многие тривиальные решения принимает автоматически («так принято делать»).

Состояние «Ребенок» дает человеку спонтанность, интуицию, творчество, искренность. «Ребенок» тоже может проявляться двояко: как приспособившийся «ребенок» и как естественный «Ребенок».

Состояние «Взрослый» — это способность человека хранить, использовать и перерабатывать информацию на основе предыдущего опыта (т.е это анализ, синтез и выбор). Э.Берна подчеркивал, что только гармоничное взаимодействие трех состояний «Я» обеспечивает личности гармоничное развитие и выживание. Единицу общения между людьми он назвал транзакцией.

Цель анализа транзакций — выяснить какое именно состояние «Я» ответственно за транзакционный стимул (тот или иной знак, осведомляющий о том, что присутствие одного человека воспринято другим), и какое состояние человека осуществило транзакционную реакцию (действие человека в ответ на транзакционный стимул).

Далее следует не менее важный раздел транзакционного анализа — анализ игр и сценариев. Психологические игры препятствуют честным и искренним взаимоотношениям людей, в частности в партнерской паре. Проигрывание игр и сценариев в процессе супружеской психотерапии способствует проработке деструктивных паттернов поведения супругов.

Э.Берна и его последователи [6, 8] в процессе транзакционного анализа зачастую применяли и психодраматический подход. Метод психодрамы в нашей стране пока не получил широкого применения. Этот метод популярен в большинстве стран Западной Европы, Англии, Америке [8]. Его создателем является Я.Морено. Будучи одним из основоположников групповой психотерапии, Я.Морено создал свой собственный метод, делающий возможной истинную встречу партнеров через обмен ролями и высвобо-

дение творческой сущности каждого человека через игру. В психодраматическом подходе, так же как в гештальт-терапии и трансактном анализе, огромное внимание уделяется сигналам невербального поведения. В процессе проигрывания значимых для человека событий снижается влияние привычных вербальных защитных реакций, и поэтому психодрама эффективна при работе с нерешительными, скрытными пациентами, склонными к интеллектуализации своих переживаний. Основными понятиями в психодраме являются ролевая игра, спонтанность.

Ролевая игра используется как терапевтический прием в различных психотерапевтических подходах, особенно в гештальт-терапии для совершенствования коммуникативных, адаптивных возможностей пациента [13, 6].

Понятие «спонтанность» содержит две основных переменных: адекватный ответ и новизну. «Спонтанность» сближает психодраму с другими групповыми подходами, делающими акцент на принцип «здесь-и-теперь». Так, в отличие от гештальт-терапии принцип «здесь-и-теперь» в психодраме рассматривается как некое расширение настоящего, которое может включать и повторять прошлые ситуации и готовиться к будущим «сейчас-и-потом».

Таким образом, перечисленные выше направления психотерапии (гештальт-терапия, транзакционный анализ, психодрама) тесно взаимосвязаны и имеют некоторые общие точки приложения, уделяя значительное внимание невербальным коммуникациям. Во всех трех приведенных направлениях психотерапии используются телесно-ориентированные методики, язык тела, язык жестов, мимика, пантомимика. Следует отметить, что в настоящее время в отечественной психотерапевтической практике начинает активно использоваться телесно-ориентированная терапия.

Все виды телесно-ориентированной терапии исторически связаны с терапевтическими методами В.Райха [13,9], которым были созданы методики ориентированные на тело. В.Райх считал, что та или иная психическая защита создаст блок в определенных группах мышц человека («телесная броня») и избавиться от психической защиты не затрагивая, не прорабатывая «телесную броню» невозможно.

Ученик В.Райха — А.Лоуэн включил телесно-ориентированные биоэнергетические методики в поведенческую вербальную психотерапию (индивидуальную и групповую).

Основными понятиями в телесной терапии

являются: энергия, мышечная броня, почва под ногами.

В биоэнергетике тело изучается через его энергетические процессы. Все, что нарушает свободную циркуляцию энергии в любой части тела, воздействует негативно на человека. Телесные терапевты утверждают, что свободно текущая естественная жизненная энергия («оргонная» — по В.Райху) является основой функционирования целостной личности. Помимо понятия энергии одним из основных понятий в телесной терапии является мышечная броня.

Такое, не менее важное понятие телесно-ориентированной психотерапии как почва под ногами, составляет принципиальный вклад А. Лоуэна в метод В. Райха. Иметь почву под ногами — это значит быть в энергетическом контакте с почвой, получать ощущения уверенности в себе, стабильности. По мнению телесных терапевтов понятие «почва под ногами» уравнивает акцент на выражение чувств и эмоциональных порывов.

М.Фельдендкрайз [13] предложил оригинальную методику проработки неэффективных паттернов, которые вошли в привычку человека. По мнению автора паттерны движения отражают состояние нервной системы. Расширенное осознание способностей тела способствует тому, что человек становится способным пробовать новые сочетания движений. Эти движения были ранее невозможными из-за того, что связи между корой и мускулатурой были замкнуты предписанными паттернами.

Акцент на исследовании привычных поз и осанки прослеживается также в методе Александра. Метод направлен на улучшение привычных телесных поз, что помогает человеку создать гармоничное взаимоотношение частей своего тела.

По данным Ю.В.Баскакова [2], причины, заставляющие психологов, психотерапевтов обращаться к телесно-ориентированным методикам следующие: телесный опыт — это необходимая составляющая человеческого существования, условия его полноты и целостности; физическое здоровье необходимо человеку как общий энергетический фон и предпосылка успешного лечения личностных проблем; тело человека является своеобразной «материализацией» структуры личности и психологических проблем; тело человека также является каналом и способом «аргументации» и воздействия на личность; использование тела в целях самопознания и самовоспитания; телесный опыт служит средством

формирования эзотерического сознания и эзотерической личности.

Таким образом, методы гештальт-терапии, транзакционного анализа, телесно-ориентированной психотерапии и психодрамы позволяют эффективно проработать внутриличностный и межличностный конфликты пациентов. Данные методы недирективны, экзистенциональны по сути

и дают пациентам широкие возможности для дальнейшей самоактуализации.

Описанные выше новые направления современной психотерапии в настоящее время начинают успешно применяться (в странах ближнего и дальнего зарубежья) при проведении психотерапии и психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации.

О.А. Голоцван

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯКИХ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕВРОТИЧНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ПОДРУЖЕНІЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Київський центр планування сім'ї, сексології та репродукції людини, Україна

У статті описуються деякі сучасні методи психотерапії, такі як: гештальт-терапія, транзакційний аналіз, тілесно-орієнтована терапія, психодрама. Зазначені методи у теперешній час успішно застосовуються як у зарубіжжі, так і в Україні для лікування і корегування різноманітних граничних розладів, зокрема, при подружній дезадаптації, яка супроводжується різними невротичними проявами. Наведені методи дозволяють найбільш ефективно і в найбільш стислі строки проработати внутрішньоособистісні і міжособистісні конфлікти. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 61-64).

Е.А. Golotsvan

THE CHARACTERISTIC OF SOME MODERN METHODS OF NEUROTIC MANIFESTATIONS' CORRECTION COUPLE DEADAPTATION

Kiyev Centre of palaning of the family, sexology and humen reproduction, Ukraine

The article deals with several modern methods of psychotherapy, integrative gestalt-therapy, transactional analysis, body-oriental therapy, psychodrama method. These methods are currethy used abroad and in Ukraine for treatment and correction of various marginal conditions, namely in couple deadaptation, aggravated by various neurotic symptoms.

These methods provide most effective and intensive workout of intra- and interpersonal conflicts.

Key words: disorders of sexual health, a integrative gestalt-therapy, transactional analysis, body-oriental therapy, psychodrama. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 61-64).

Литература

1. Александров А.А. Клинико-психологический анализ гештальт-терапии (в связи с использованием в лечении неврозов) в сб. Гештальт-терапия: теория и практика, выпуск 3, М., 1994. с. 4-13.
2. Баскаков Ю.В. Телесно-ориентированная психотерапия и психотехника: обобщение и сравнительный анализ существующих подходов. Сб. Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. с. 58-64.
3. Либих С.С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств. Руководство по андрологии / Под ред. проф. Тиктинского О.Л. Л., Медицина, 1990. с. 234-245.
4. Романенко О.К. Практическая гештальт-терапия. М.: Форум, 1995, 112с.
5. Берн Э. Транзактный анализ в группе. М., Лабиринт, 1994.-174с.
6. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. М., ТОО «Независимая фирма «Класс», 1993. -222 с.
7. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. пер. с чешск. М., Медицина, 1991.-324с.
8. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. Пер. с нем. М., «Прогресс», 1994.-352 с.
9. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. Пер. с англ. -М.: «Компания ПАНИ», 1996 -320с., илл.
10. Наранхо К. Гештальт-терапия. Отношение и практика атеоретического эмпиризма. Пер. с англ. Воронеж: НПО «Модэк», 1995. -304 с.
11. Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудмэн П. Опыт психологии самопознания /практикум по гештальт-терапии/ пер. с англ. М., Гиль-Эстель, 1993.-293с.
12. Полстер И., Полстер М. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. Пер. с англ. -М.: «Класс», 1997. -272с.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия. Пер. с англ. М.: «Прогресс», 1990. -368 с.

Поступила в редакцию 11.03.99г.

УДК 612.821.8 + 612.814

*А.Н.Талалаенко, Д.В.Гордиенко, О.П.Маркова, Д.В.Панкратьев, Н.В.Гончаренко***ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ МОНОАМИН- И АМИНОКИСЛОТЕРГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АВЕРСИВНОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА И ИХ УЧАСТИЕ В АНКСИОГЕННЫХ И АНКСИОЛИТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТАХ НЕКОТОРЫХ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ НА РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ТРЕВОГИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.Горького, Украина

Ключевые слова: передний гипоталамус, тревога, анксиогены, анксиолитики,нейрохимические механизмы

Как известно, аверсивная система мозга (гипоталамус, перегородка, миндалина, околопроводное серое вещество) реализует поведение избегания, базирующееся на эмоциях страха-тревоги [7,12,13]. Последние, являясь распространёнными психопатологическими синдромами [6], связаны, как полагают, с повышенной функцией адренергической системы гипоталамуса. Действительно, неизбежное электрораздражение крыс или повторное помещение их в камеру, где они его получали, существенно стимулирует выброс норадреналина передним гипоталамусом [19], интенсивность которого определяется формой и модальностью аверсивного воздействия, приводящего к ассиметрии метаболизма и синаптического выброса этого катехоламина [18]. С другой стороны, непосредственная химическая стимуляция переднего гипоталамуса норадреналином индуцирует у крыс аверсию поведения и усиливает страх и тревогу [5]. Последние подавляются локальным введением в гипоталамус диазепама и ГАМКА-миметика мусцимола [15,17], усиливающими наказуемый ответ в ситуации «конфликта». Показано, что эти эффекты ГАМК-позитивных средств коррелируют со снижением ими высвобождения норадреналина аксонами переднего гипоталамуса [8]. Однако конвергенция и акцепция этим образованием лимбического мозга разномодальной биологической

информации обеспечивается не только адрено- и ГАМК-ергическим, но также дофамин- серотонин- и глутаматергическим синаптическим притоком [2,11,13], который может определять специфику функциональной модальности нейронов аверсивной системы мозга, реализующей анксиогенные или анксиолитические влияния. Остаётся открытым также вопрос о функциональной роли этих медиаторных механизмов в тревоге различного генеза и их конкретном вкладе в спектр зависящего от фенотипа эмоционально-стрессовой реакции действия бензодиазепиновых и небензодиазепиновых транквилизаторов [3].

Цель работы состояла в определении в различных экспериментально-моделируемых состояниях тревоги функциональной значимости вводимых в передний гипоталамус крыс ГАМК, глутаминовой кислоты, моноаминов их агонистов и антагонистов. На базе этих данных анализировался спектр и нейрохимические механизмы действия вводимых внутригипоталамически адренергических анксиогенов (мезатона, йохимбина) и ряда анксиолитиков: производных бензодиазепамина (хлордiazепоксид), фенилэтиламина (фенибута), гармана (индотера) и буспирона (кампилона) в условиях предварительного внутривентрикулярного введения функциональных антагонистов моноаминов и аминокислот медиаторного действия.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на 3-х группах беспородных крыс-самцов одного возраста, массой 270±90г (n = 64). Состояние тревоги у животных, обученных избеганию «освещённой площадки» и «угрожающей ситуации», моделировали по методике, подробно описанной ранее [3].

Животным 1-й группы (n = 22) через 15 минут после регистрации исходных показателей

рефлексов избегания, выработанных на основе различной биологической значимости аверсивного воздействия, внутривентрикулярно вводили 0,3мл изотонического раствора NaCl и спустя 40мин осуществляли микроинъекции в объёме 1мкл 0,5-2,5% растворов, применяемых синаптотропных средств через хемотроды, предварительно вживлённые под эфирным наркозом по

стереотактическим координатам [1] в передний гипоталамус (АР 1,0; L 0,4; Н 6,9). Исследуемые психотропные средства (хлордиазепоксид, фенибут, индотер, кампирон), моноамины (дофамин, серотонин-креатинин сульфат - 5-ОТ) и аминокислоты (глутаминовая, ГАМК) медиаторного действия, их функциональные антагонисты, блокаторы ГАМКА-рецепторов (пикротоксин) и НМДА - глутаматных рецепторов (мемантин), L1-(мезатон) и L2-адрено(клофелин), D1- и D2 - дофаминомиметики (апоморфин), а также L2-адрено- (йохимбин), D2 - дофамино- (сульпирид) блокаторы применялись в дозах 5-25 мкг.

Предварительно обученным животным 2-й группы (n = 15) через 15 мин после определения исследуемых показателей рефлексов избегания разноmodalного аверсивного генеза вводили внутривентриально в диапазоне доз 0,3 - 25 мг/кг дроперидол и сульпирид - как блокаторы центральных L1-адрено- и D2-дофаминовых [3,10,13], пропранолол - как блокатор IA и IB серотониновых [4,11], коразол - как блокатор хлорного йонфора ГАМКА [15,17] и мемантин - как антагонист НМДА-глутаминовых рецепторов [16].

Спустя 45 мин по используемой методике тестировали экспериментальных животных этой группы на наличие или отсутствие противотревожного действия в обеих моделях поведения.

На животных 3-й группы (n = 27) анализировалось вовлечение исследуемых медиаторных механизмов переднего гипоталамуса в спектр антиаверсивного действия применяемых транквилизаторов. Так же, как и на животных 1-й группы, после регистрации фоновых показателей исследуемых состояний тревоги им последовательно внутривентриально вводили в дозах, не вызывающих поведенческих изменений, функ-

циональные антагонисты моноаминов (дропреридол - 0,3 мг/кг; пропранолол - 5 мг/кг; сульпирид - 15 мг/кг) и аминокислот (коразол и мемантин - 5 мг/кг). Затем с помощью микроинъекционной системы в гипоталамус крыс апплицировались исследуемые синаптотропные средства в дозах, вызывающих анксиогенное или анксиолитическое действие. Спустя 5 мин после микроинъекции (1 и 3 группы), либо 45 мин после внутривентриального (2 группа) введения исследуемых средств, животных помещали в экспериментальную установку, в которой так же, как и в предыдущих исследованиях [3], с помощью регистрирующего устройства на декатронах определяли изменения времени нахождения крыс в светлом отсеке, числа пересечённых квадратов пола за период пребывания крыс в светлом отсеке (двигательная активность) и интенсивности мотивации достижения ими тёмного отсека. Каждое исследование, где выявлялось антиаверсивное действие используемых синаптотропных средств, завершали тестированием животных на наличие или отсутствие мышечнорасслабляющего действия по их способности удерживаться на вращающемся стержне. Результаты исследований обрабатывали на компьютере IBM PC AT в пакете «Stadia» с расчётом непараметрических критериев Вилкоксона, Манна-Утти и Колмогорова-Смирнова. Результат считался достоверным при $p < 0,05$ по всем трём критериям.

После завершения экспериментов эвтаназию животных осуществляли под эфирным наркозом и проводили морфологический контроль. У 49 крыс, подвергнутых микроинъекциям, кончики хемотродов локализовались в области *p. anterior hypothalami*.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено (рис.1), что микроинъекция в передний гипоталамус ГАМК, хлордиазепоксида, фенибута и индотера статистически значительно увеличивает время нахождения крыс в светлом отсеке, противодействуя тревожному состоянию в условиях аверсивного воздействия как в модели избегания «освещённой площадки», так и «угрожающей ситуации». Локальное введение в гипоталамус серотонина и кампирона не влияет на формируемые фактором страха параметры теста избегания «освещённой площадки», но противодействует тревожному состоянию в тесте избегания «угрожающей ситуации», базирующемся на аверсивном воздействии более сложного биологического знака. Существенно,

что выявленные анксиолитические эффекты ГАМК, серотонина, бензодиазепиновых и небензодиазепиновых средств не сопровождаются снижением мышечного тонуса экспериментальных животных, либо подавлением их двигательной активности, что исключает моторный дефицит исполнения реакции избегания. Как видно из рисунка 1, глутаминовая кислота, мемантин, мезатон, йохимбин, дофамин, апоморфин, сульпирид и пикротоксин, вводимые локально в гипоталамус, не влияют на функциональные элементы поведения, включённые в тест избегания «угрожающей ситуации», но существенно укорачивают (сульпирид, мезатон, йохимбин, пикротоксин, глутаминовая кислота) время нахож-

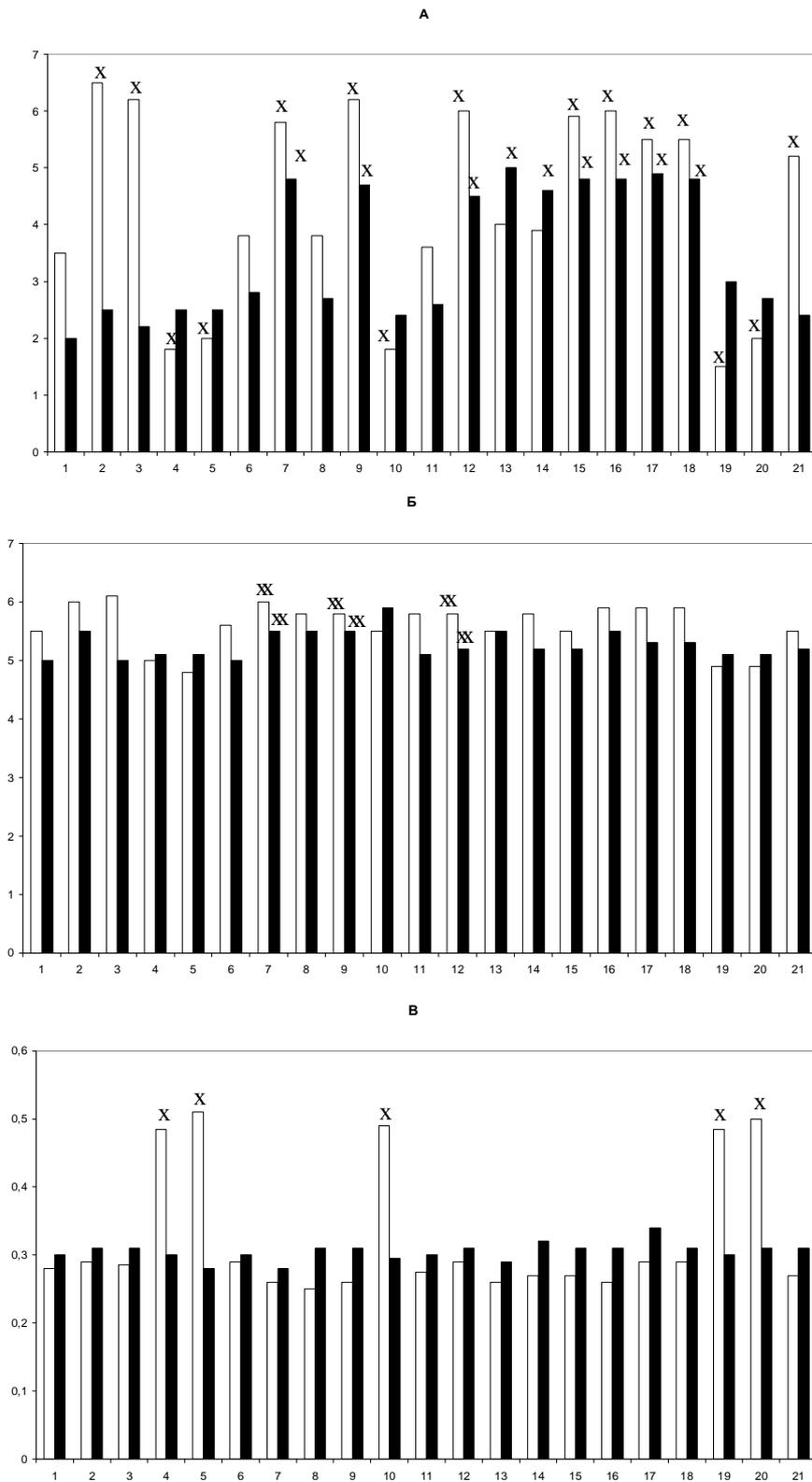


Рис.1 Влияние анксиолитиков, веществ медиаторного действия, их агонистов и антагонистов, вводимых в передний гипоталамус, на тревожные состояния в тестах избегания «освещенной площадки» (светлые столбики) и «угрожающей ситуации» (темные столбики).

Примечание. По вертикали: на А - время нахождения крыс в светлом отсеке, с; на Б - двигательная активность, число пересеченных квадратов пола в светлом отсеке; на В - интенсивность мотивации достижения крысами темного отсека, усл.ед.

Микроинъекции: 1 - NaCl, 0,9% раствор, 1 мкл (контроль); 2- дофамин, 10 мкг; 3 - апоморфин, 10 мкг; 4 - сульпирид, 25 мкг; 5 - мезатон, 10 мкг; 6 - фентоламин, 5 мкг; 7 - фентоламин, 10 мкг; 8 - пропранолол, 10 мкг; 9 - пропранолол, 20 мкг; 10 - йохимбин, 10 мкг; 11 - клофелин, 5 мкг; 12 - клофелин, 10 мкг; 13 - серотонин, 20 мкг; 14 - кампирон, 10 мкг; 15 - ГАМК, 10 мкг; 16 - хлордиазепоксид, 10 мкг; 17 - фенибут, 10 мкг; 18 - индотер, 10 мкг; 19 - пикротоксин, 5 мкг; 20 - глутаминовая кислота, 10 мкг; 21 - мемантин, 20 мкг.

Крестики - величины, достоверно отличающиеся от контроля ($p < 0,05$). Каждая серия опытов выполнена на 5 животных. Два крестика - мышечнорасслабляющее действие, выраженное относительным числом животных (%), соскользнувших с вращающегося стержня составляет 40 [7,12] и 60 [9].

Влияние внутрибрюшинного введения адрено-, дофамин- и серотонинолитиков, а также антагонистов ГАМКА- и NMDA -рецепторов ($M \pm m$) на тревожные состояния в тесте избегания «освещенной площадки» (А) и «угрожающей ситуации» (Б)

Вещества	Доза, мг/кг	Время нахождения крыс в светлом отсеке	Двигательная активность (число пересеченных квадратов пола в светлом отсеке)	Интенсивность мотивации достижения крысами темного отсека, усл.ед	Мышечнорасслабляющее действие (% животных, соскользнувших с вращающегося стержня)
А					
0,9% раствор натрия хлорида (контроль)	0,3мл	3,2±0,37	5,4±0,40	0,27±0,03	0
Дроперидол	0,3	3,8±0,37	5,4±0,40	0,27±0,03	0
	0,6	6,0±0,45 ^x	5,8±0,49	0,27±0,02	60
Сульпирид	15	3,4±0,25	5,4±0,40	0,27±0,05	0
	25	6,2±0,58 ^x	5,6±0,40	0,27±0,05	0
Коразол	5	3,6±0,40	5,4±0,40	0,28±0,02	0
	10	5,4±0,51 ^x	5,6±0,25	0,29±0,05	0
Мемантин	5	4,0±0,32	5,6±0,25	0,28±0,04	0
	10	6,8±0,37 ^x	5,8±0,37	0,27±0,03	0
Б					
0,9% раствор натрия хлорида (контроль)	0,3мл	2,4±0,25	5,2±0,37	0,25±0,05	0
Пропранолол	5	2,6±0,25	5,2±0,37	0,26±0,04	0
	10	4,4±0,40 ^x	5,4±0,25	0,25±0,03	40
Коразол	5	2,8±0,37	5,8±0,20	0,35±0,04	0
	10	4,8±0,66 ^x	5,8±0,37	0,35±0,03	0

Примечание: ^x - величины статистически достоверно отличающиеся от контроля ($p < 0,05$)

дения крыс в светлом отсеке и статистически значимо ($p < 0,05$) стимулируют интенсивность мотивации достижения ими темной камеры при реализации избегания «освещенной площадки» (анксиогенное действие). На этой же модели поведения дофамин, апоморфин и мемантин, напротив, увеличивают пребывание крыс в светлом отсеке и, не изменяя мышечного тонуса и двигательной активности экспериментальных животных, ослабляют тревогу при осуществлении реакции избегания (анксиолитическое действие).

Микроинъекция в передний гипоталамус фенотолamina, клофелина (5 мкг) и пропранолола (10 мкг) не влияет на обе различающиеся фенотипом эмоционально-стрессовые реакции, но их

локальное введение в больших дозах (рис. 1) сопровождается анксиолитическим действием в обеих моделях поведения, которое, однако, не является избирательным, т.к. в эффективных дозах эти вещества существенно снижают мышечный тонус крыс, вызывая моторный дефицит реакции избегания.

Резюмируя эту серию исследований, можно заключить, что нейро-химический профиль переднего гипоталамуса включает адрено- и глутамат, либо ГАМК- и дофаминергические механизмы, реализующие соответственно анксиогенные или анксиолитические влияния в ответ на вызванную страхом [3] реакцию избегания в тесте «освещенной площадки» (табл.1). Эти результаты коррелируют с исследованиями, в ко-

торых воздействие на крыс аверсивных раздражителей стимулирует высвобождение нейронами переднего, латерального и медиального гипоталамуса норадреналина и глутаминовой кислоты, обеспечивающими формирование поведенческих адаптивных реакций на эмоционально-стрессовую ситуацию [2,6,18], а блокада бикаукулином ГАМК-КА рецепторов этого образования лимбического мозга индуцирует высокий уровень страха-тревоги в конфликтном тесте у крыс [17], обусловленный дефицитом тормозных ГАМК-ергических гипоталамических влияний [15].

Установлено (таблица), что при внутрибрюшинном введении крысам функциональных антагонистов моноаминов и ГАМК (дроперидола 0,3 мг/кг; сульпирида 15 мг/кг; пропранолола 5 мг/кг; коразола 5 мг/кг) они не оказывают

сколько-нибудь значимого влияния на функциональные элементы обоих экспериментально-моделируемых состояний тревоги. Напротив, в больших дозах исследуемые вещества - анализаторы, не изменяя моторных механизмов реакции избегания крыс, существенно ($p < 0,05$) противодействуют тревожным состояниям как в тесте «освещённой площадки» (сульпирид, 25 мг/кг, коразол и мемантин 10 мг/кг), так и «угрожающей ситуации» (коразол, 10 мг/кг). Как видно из таблицы, аналогичное анксиолитическое действие дроперидола (0,6 мг/кг) и пропранолола (10 мг/кг) не является избирательным, т.к. коррелирует с мышечнорасслабляющим действием при реализации экспериментальными животными избегания «освещённой площадки» или «угрожающей ситуации».

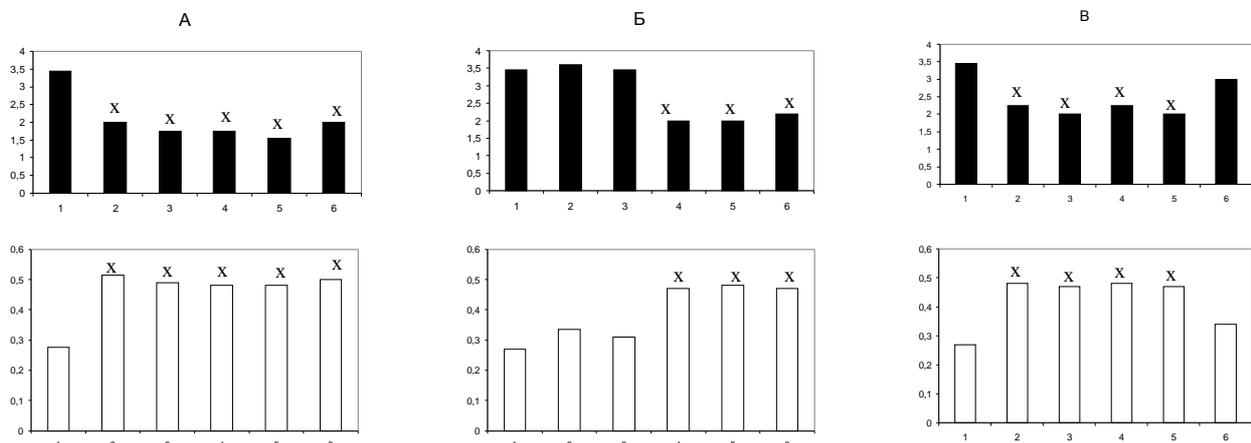


Рис.2. Влияние дроперидола и мемантина на тревожное состояние в тесте избегания «освещенной площадки», модулируемое исследуемыми синаптотропными средствами, вводимыми в передний гипоталамус.

А - время реакции избегания крысами светлого отсека в тесте «освещенной площадки» (с, верхние, заштрихованные столбики) и интенсивность мотивации достижения ими темного отсека (усл.ед., нижние светлые столбики) на фоне предварительного внутрибрюшинного введения 0,3 мл 0,9% раствора NaCl и последующей через 40 мин микроинъекции в гипоталамус исследуемых синаптотропных средств; Б - то же на фоне предварительного внутрибрюшинного дроперидола (0,3 мг/кг); В - то же на фоне предварительного внутрибрюшинного введения мемантина (5 мг/кг).

Микроинъекции: 1 - NaCl, 0,9% раствор, 1 мкл (контроль); 2 - мезатон, 10 мкг; 3 - йохимбин, 10 мкг; 4 - сульпирид, 25 мкг; 5 - пикротоксин, 5 мкг; 6 - глутаминовая кислота, 10 мкг.

Результаты исследований влияний антагонистов моноаминов, вводимых предварительно внутрибрюшинно, на анксиогенные и антиаверсивные эффекты, выявляемые на обеих моделях эмоционально-стрессовых состояний в ответ на последующее локальное введение в передний гипоталамус исследуемых синаптотропных средств, представлены на рисунках 2, 3 и 4. Как видно (рис.2) в тесте избегания «освещённой площадки», только снижающие функциональную активность адрено- и глутаматергических медиаторных систем, предварительно введённые блокаторы дроперидол и мемантин противодействуют анксиогенным эффектам, достига-

емым химической стимуляцией переднего гипоталамуса соответственно мезатоном, йохимбином или глутаминовой кислотой. В этой модели поведения L-адреноблокатор дроперидол не устраняет аналогичный эффект сульпирида, пикротоксина и глутаминовой кислоты (рис.2Б), а NMDA - антагонист глутаминовых рецепторов мемантин - мезатона, йохимбина, пикротоксина и сульпирида (рис.2В). Эти результаты подтверждают наличие в переднем гипоталамусе функционально значимой специфики адрено- и глутаматергических средств медиаторного действия, модулирующих формируемую на основе мотивации страха [3] реакцию из-

бегания «освещённой площадки». Действительно, норадренолин и возбуждающие аминокислоты [2,9,18], являются наиболее вероятными медиаторами аверсивной системы мозга, вовлекаемой в поведение избегания, в основе которого лежит тревога как фактор страха. В то же время коразол (рис.3 В) избирательно устраняет анксиолитические эффекты в тесте избегания «освещённой площадки», вызванные микроинъекцией в передний гипоталамус ГАМК, хлордиазепоксида, фенибута и индотера, но не дофамина, апоморфина и мемантина. На этой же модели поведения антиаверсивного действия дофаминомиметиков, обусловленное их внутригипоталамическим введением, существенно ослабляется ($p < 0,05$)

сульпиридом, оказавшимся малоэффективным в отношении сходных эффектов ГАМК-позитивных средств и мемантина (рис.3 Б). Эти результаты позволяют исключить функциональную значимость D2-дофамин и NMDA - рецепторных глутаматных механизмов в сходных антиаверсивных свойствах хлордиазепоксида, фенибута и индотера и свидетельствуют о том, что они реализуются через ГАМКА рецепторы переднего гипоталамуса.

Данные, полученные нами на другой модели поведения, позволяют заключить, что формируемая на основе зоосоциальной эмоционально-стрессовой реакции тревога [3] вовлекает не катехоламин и глутамат-, а серотонин- и ГАМК-ергические медиаторные системы переднего

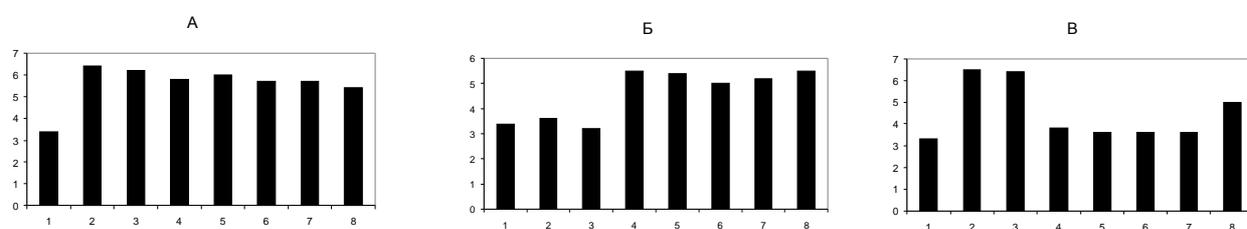


Рис.3 Влияние сульпирида и коразола на тревожное состояние в тесте избегания «освещённой площадки», модулируемое исследуемыми синаптотропными средствами, вводимыми в передний гипоталамус.

А - время реакции избегания крысами светлого отсека в тесте «освещённой площадки» (с) на фоне предварительного внутрибрюшинного введения 0,3 мл 0,9% раствора NaCl и последующей через 40 мин микроинъекции в гипоталамус исследуемых синаптотропных средств; Б - то же на фоне предварительного внутрибрюшинного введения сульпирида (15 мг/кг); В - то же на фоне предварительного внутрибрюшинного введения коразола (5 мг/кг).

Микроинъекции: 1 - NaCl, 0,9% раствор, 1 мкл (контроль); 2 - дофамин, 10 мкг; 3 - апоморфин, 10 мкг; 4 - ГАМК, 10 мкг; 5 - хлордиазепоксид, 10 мкг; 6 - фенибут, 10 мкг; 7 - индотер, 10 мкг; 8 - мемантин, 20 мкг.

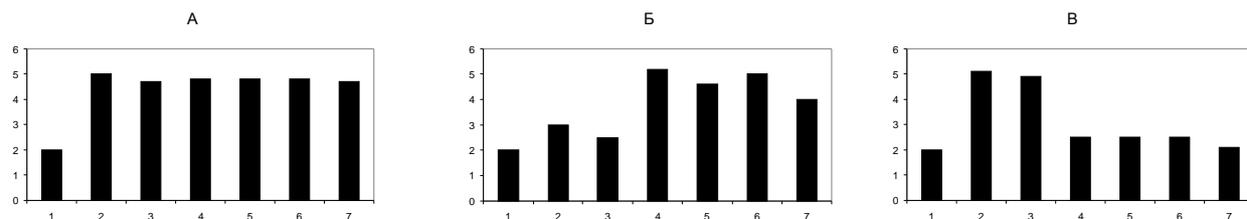


Рис.4 Влияние пропранолола и коразола на тревожное состояние в тесте избегания «угрожающей ситуации», модулируемое исследуемыми синаптотропными средствами, вводимыми в передний гипоталамус.

А - время реакции избегания крысами светлого отсека в тесте избегания «угрожающей ситуации» (с), на фоне предварительного внутрибрюшинного введения 0,3 мл 0,9% раствора NaCl и последующей через 40 мин микроинъекции в передний гипоталамус исследуемых синаптотропных средств; Б - то же на фоне предварительного внутрибрюшинного введения пропранолола (5 мг/кг); В - то же на фоне предварительного внутрибрюшинного введения коразола (5 мг/кг).

Микроинъекции: 1 - NaCl, 0,9% раствор, 1 мкл (контроль); 2 - серотонин, 20 мкг; 3 - кампирон, 10 мкг; 4 - ГАМК, 10 мкг; 5 - хлордиазепоксид, 10 мкг; 6 - фенибут, 10 мкг; 7 - индотер, 10 мкг.

гипоталамуса. Действительно, антиаверсивные свойства серотонина и ГАМК обнаруживают соответственно чёткое сходство с определяемым модальностью негативного стрессового воздействия спектром противотревожного действия кампирона и ГАМК-позитивных средств (рис.1). Как показал проведённый нами анализ,

предварительно введённые антисеротониновые и ГАМК-негативные средства (пропранолол и коразол) строго избирательно противодействуют установленным антиаверсивным эффектам, достигаемым микроинъекцией в передний гипоталамус серотонино- и ГАМК-позитивных средств (рис.4). В то же время пропранолол не

устраняет сходных эффектов ГАМК, хлордиазепоксида, фенибута и индотера, но эффективно противодействует ($p < 0,05$) аналогичному влиянию вводимых внутригипоталамически серотонина и кампирона, на реакцию избегания «угрожающей ситуации» (рис.4Б).

В этой модели поведения не блокатор 1 А и 1 Б серотониновых рецепторов пропранолол, а селективный антагонист ГАМКА рецепторов коразол существенно ($p < 0,05$) ослабляет анксиолитические эффекты ГАМК, хлордиазепоксида, фенибута и индотера, но не серотонина и кампирона (рис.4В). Этот факт свидетельствует о наличии в переднем гипоталамусе функционально значимой специфичности серотони-

но- и ГАМК-позитивных средств, как модуляторов синаптической передачи в реализации рефлекса избегания «угрожающей ситуации». Действительно, химическая стимуляция гипоталамуса мусцимолом (агонист ГАМКА-рецепторов) и 8-ОН-ДРАТ (агонист 5-ОТ1А-рецепторов) увеличивает время зоосоциальных контактов, расцениваемое как показатель анксиолитического действия [14,17]. В других моделях страха-тревоги, рассматриваемых как компонент биологической адаптации мозга к стрессу, отмечено [4], что пропранолол снижает функциональную активность не ГАМК-, а серотонинергических систем гипоталамической аверсивной стимуляции [11].

О.М.Талалаєнко, Д.В.Гордієнко, О.П.Маркова, Д.В.Панкратьєв, Н.В.Гончаренко

ФУНКЦІОНАЛЬНА РОЛЬ МОНОАМІН- ТА АМІНОКИСЛОТЕРГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ АВЕРСИВНОЇ СИСТЕМИ МОЗКУ І ЇХ УЧАСТЬ В АНСИОГЕННИХ ТА АНСИОЛІТИЧНИХ ЕФЕКТАХ ДЕЯКИХ ПСИХОТРОПНИХ ЗАСОБІВ НА РІЗНИХ МОДЕЛЯХ ТРИВОГИ

Донецкий державний медичний університет ім.М.Горького, Україна

В дослідах на щурах в тестах уникнення «освітленого майданчика» та «загрожуючої ситуації» попереднє внутрішньочеревне введення і наступна мікроін'єкція в передній гіпоталамус різних комбінацій моноамінів, амінокислот медіаторної дії, їх агоністів та антагоністів, бензодіазепінових та небензодіазепінових транквілізаторів виявляє анксиогенний або анксиолітичний профіль в реалізації тривоги різного генезу. На підставі одержаних результатів робиться висновок про функціонально значущу специфічність досліджуваних анксиогенних та анксиолітичних синаптотропних засобів у різномодальних тривожних станах, опосередковану NMDA-глютаматними, L1 і L2 - адрено-, D2-дофаміно-, ГАМКА - і серотоніновими 1А і 1Б рецепторами аверсивної системи мозку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 65-72).

A.N.Talalaenko, D.V.Gordienko, O.P.Markova, D.V.Pankratev, N.V.Goncharenko.

THE FUNCTIONAL ROLE OF MONOAMINE - AND AMINOACIDERGIC MECHANISM OF THE AVERSIVE BRAIN SYSTEM AND THEIR PARTICIPATION IN ANXIogenic AND ANXIOLYTIC EFFECTS OF SOME PSYCHOTROPIC AGENTS IN DIFFERENT ANXIETY PATTERNS

Gorcy State Medical University, Donetsk, Ukraine.

In experiments on rats in the tests of «illuminated site» and «threatening situation» avoidance preliminary intraperitoneal administration and subsequent microinjection into the anterior hypothalamus of different combinations of monoamines, aminoacids of mediatory action, their agonists and antagonists, benzodiazepine and nonbenzodiazepine tranquilizers reveal the anxiogenic or anxiolytic profile in realization of anxiety of different genesis. On the basis of the results obtained a conclusion is drawn about functionally significant specificity of the studied anxiogenic and anxiolytic synaptotropic agents in anxiety states of different patterns which is mediated by NMDA - glutamatic, L1 and L2-adreno-, D2 - dopamino-, GABA A - and serotonin 1A and 1B receptors of the aversive brain system. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 65-72).

Литература

1. Буреш Я., Петрань М., Захар И. Электрофизиологические методы исследования. Наука. - М.-1962. 387 с.
2. Петров В.И., Медведев О.С., Григорьев И.А. и др. Исследование нейромедиаторных механизмов действия новых аналогов возбуждающих аминокислот при остром стрессе // Тезисы докладов I съезда Российского научного общества фармакологов. - Волгоград. 1995. С.329.
3. Талалаенко А.Н., Покрамович А.И., Охрименко С.В. и др. Нейрохимические особенности ядер перегородки мозга крыс в реализации антиаверсивных эффектов транквилизаторов на различных моделях тревоги // Российск.физиол.журн. им.И.М.Сеченова. - 1997. -Т.83. N 9. - С.95-101.
4. Aparecida A. Papel do complexo receptor GABA - benzodiazepinico e de neurotransmissao serotoninergica na

modulacao da aversidade integrada ao nivel da materia cinzenta periaqueductal dorsal //Medicina,-1990.-Vol.23.-No.1.-P.85-87.
5. Barret J., Shaikh M., Edinger H. et al. The effects of intrahypothalamic injections of norepinephrine upon affective defence behavior in the cat //Brain Res.-1987.-Vol.426.-No.2.-P.381-384.
6. Graeff F. Neuroanatomy and neurotransmitter regulation of defensive behaviors and related emotions in mammals //Braz.J.Med. and Biol.Res.-1994.-Vol.27.-No.4.-P.997-1088.
7. Han Yuchun., Shaikh M., Siegel A. Medial amygdaloid suppression of predatory attack behavior in the cat.II Role of GABA-ergic pathway from the medial to the lateral hypothalamus //Brain Res.-1996.-Vol.716.-No.1-2.-P.72-83.

8. Harary N., Kellogg C. The relationship of benzodiazepine binding sites to the norepinephrine prodgection in the hypothalamus of the adult rat //Brain Res.-1989.-Vol.492.-No.1-2.-P.293-299.
9. Hilton S., Redfern W. Neurotransmitters and the defence reaction; a preliminary study of the mid-brain periaqueductal grey matter in the rat //J.Physiol.-1986.-Vol.373.-Suppl.1.-P.25.
10. Hyatt M., Muldon S., Rorie D. Droperidol, a selective antagonist of postsynaptic adrenoreceptors in the canine saphenus vein //Anaesthesiology.-1980.-Vol.53.-No.4.-P.281-286.
11. Kruk M., Van der Poel A., Meelis W. Drugs and stimulationevoked hypothalamic aggression and related responses in the rat //Psychopharmacology.1988.-Vol.96.-No.1.-P.33-42.
12. Lu C., Shaikh M., Siegel A. Role of NMDA receptors in hypothalamic facilitation of feline defensive rage elicited from the midbrain periaqueductal grey //Brain Res.-1992.-Vol.581.-No.1.-P.123-132.
13. Maeda H., Maki S., Uchimura H. Facilitatory effects of caerulein on hypothalamic defensive attack in cats //Brain Res.-1988.-Vol.459.-No.2.-P.351-355.
14. Mc Millen B., Chamberlain J., Da Vanzo J. Effects of housing and muricidal behavior on serotonergic receptors and interactions with novel anxiolytic drugs //Agress.Behav.-1987.-Vol.13.-No.5.-P.294-304.
15. Milani H., Graeff F. GABA-benzodiazepine modulation of aversion in the medial hypothalamus of the rat //Pharmacol. Biochem. and Behav.-1987.-Vol.28.-No.1.-P.21-27.
16. Parsons C., Quack G., Bresink I et al. Comparison of the Potency, Kinetics and voltage-dependency of a series of uncompetitive NMDA receptor antagonist in vitro with anticonvulsive and motor impairment in vivo // J.Neuropharmacology.-1995.-Vol.34.-No.10.-P.1239-1258.
17. Shekhar A., Hingtgen J., Di Mico J. GABA receptors in the posterior hypothalamus regulate experimental anxiety in rats //Brain Res.-1990.-Vol.512.-No.1.-P.81-88.
18. Shibasaki T., Tsumori C., Hotta M. et al. The response pattern of noradrenaline release to repeated stress in the hypothalamic paraventricular nucleus differs according to the form of stress in rats //Brain Res.-1995.-Vol.670.-No.1.-P.169-172.
19. Yokoo H., Tanaka M., Yoshida M. et al. Direct evidence of conditioned fear - elicited enhancement of noradrenaline release in the rat hypothalamus assessed by intracranial microdialysis // Brain Res.-1990.-Vol.536.-N0.1-2.-P.305-308.

Поступила в редакцию 16.06.99г.

УДК 616.899-053.2:615.19

*В. С. Подкорытов, Е. А. Шульга***ЛАЗЕРНАЯ ПУНКТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, СОЧЕТАННОЙ С ДИЗАРТРИЕЙ**

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии, Украина

Ключевые слова: задержка психического развития, дизартрия, лазеротерапия

Задержки психического развития (ЗПР) являются частым проявлением резидуально — органической патологии головного мозга различного генеза у детей [1]. Они нередко сочетаются с разнообразной речевой патологией, в частности, дизартриями, также являющимися одними из синдромов аналогичных поражений центральной нервной системы (ЦНС) [2,3].

Доказано, что психическое недоразвитие является причиной формирования нарушений речи. В то же время, речевые расстройства являются одними из патогенетических факторов, препятствующих становлению физиологических психических процессов при ЗПР. Поэтому их несвоевременная коррекция ухудшает прогноз психического развития у детей, способствует формированию трудно преодолимой в дальнейшем социальной дезадаптации ребёнка [4,5,6,7]. Этим обуславливается повышение внимания врачей к речевой патологии.

Зачастую и задержки психического развития, и дизартрии оказываются устойчивыми ко всевозможным терапевтическим воздействиям (лекарственной терапии, физиотерапевтическому лечению, логокоррекционным манипуляциям), поэтому требуют длительного, часто стационарного, повторного лечения, либо применения нестандартных методик терапии [5].

Актуальность поиска новых, в том числе немедикаментозных методов лечения различных неврологических и психических заболеваний подчёркивается многими авторами [1].

В литературе в последние годы появились работы, обосновывающие привлечение лазерно-

го воздействия в качестве одного из методов лечения в неврологической практике [8] и в детской психоневрологии в частности [9].

Доказана эффективность инфракрасного лазерного воздействия на различные зоны на скальпе или теле пациентов при лечении ряда заболеваний ЦНС у детей, в том числе дизартрий на фоне детского церебрального паралича [10].

В то же время перспективной является нетравматичная, неинвазивная, не требующая необходимости стерилизовать инструментарий, безболезненная, с возможностью дозировать мощность излучения, что особенно важно при лечении детей, позволяющая значительно сократить суммарную дозу низкоинтенсивного излучения по сравнению с действием несфокусированного луча терапия, основанная на сочетании уникальных лечебных свойств традиционной пункциры и лазерного воздействия, известная как лазеропунктура (ЛП).

Отдельные работы подтверждают эффективность применения ЛП при лечении ряда психических нарушений у детей [9].

Однако в доступной нам литературе не найдено указаний на достоверно обоснованные, конкретно разработанные методики использования ЛП в комплексном лечении детей с ЗПР, сочетанными с дизартриями.

Целью нашей работы явилось адаптирование ЛП для применения в практике детской психоневрологии, в частности, при лечении задержек психического развития у детей, сочетанных с дизартриями.

Объект методы исследования

Для осуществления лечения нами использовался полупроводниковый аппарат лазерной терапии «Сфера-2М», генерирующий низкоинтенсивное излучение с длиной волны в пределах от 0,81 до 0,88 мкм, с диаметром пятна лазерного

излучения на конце волоконно-оптической системы не более 1 мм, с нижним пределом мощности излучения в непрерывном режиме модуляции не более 0,1 мВт.

При проведении лечебных процедур приме-

нялось воздействие с плотностью потока мощности на точки акупунктуры (ТА) не более 2 мВт/см²; использовалась экспозиция в 10 секунд; суммарное время воздействия составляло 1 минуту за 1 сеанс при выборе наименьшего количества облучаемых точек за процедуру - 6. За курс лечения осуществлялось не более 10 ежедневных процедур.

Объектами лечебного воздействия мы выбрали преимущественно точки меридианов, ход которых, согласно традиционным представлениям, пролегает по структурным образованиям головного мозга, а также руководствовались всеми правилами сочетания ТА.

Также в комплекс лечения 140 нижеуказанных пациентов в качестве обязательных нами были включены следующие медикаментозные препараты в возрастных дозировках: пантогам, дибазол, нейровитан, циннаризин; диакарб применялся только в случаях ликворно - венозной дистензии, так же, как и аспаркам. В курс медикаментозной терапии мы не включали так называемые «корректоры поведения» даже в случае выраженных поведенческих нарушений.

Кроме того, составляющей частью комплексного лечения являлись логокоррекционные мероприятия.

За период с 1994 по 1998 годы нами было пролечено с привлечением в качестве одного из методов терапии ЛП 110 детей в возрасте от 4,5 до 6,5 лет с ЗПР, сочетанной с различными формами дизартрий. В качестве контрольной группы было отобрано 30 детей с аналогичной патологией, пролеченных без привлечения ЛП по указанным медикаментозной и логопедической методикам.

Перед началом лечения проводилось комплексное обследование, включавшее оценку жалоб и клинического психического, неврологического и логопедического статусов курируемых детей на основании анализа разработанной нами карты оценки клинического состояния ребёнка.

Результаты психического, неврологического и логопедического обследования оценивались по трёхбалльной шкале: «+», «++», «+++», что интерпретировалось следующим образом: «+» - наличие патологических симптомов лёгкой степени выраженности, обнаруженных при детальном осмотре врачом без указаний на них активными жалобами больного или его родителями, «+++» - наличие патологических симптомов средней степени выраженности, с указанием на них как жалоб пациентов или их родителей, так и подтвержденных при клиническом, логопедическом

обследованиях, «+++» - выраженные признаки психической, неврологической, логопедической патологии.

Степень регресса патологической симптоматики и выраженность положительной динамики психического, неврологического и логопедического статусов оценивалась по разности между её выраженностью до начала терапии, по её окончании и через 6 месяцев.

Кроме названных клинических критериев определения состояния психоневрологического здоровья детей, нами использовались показатели интеллектуального развития обследуемых, выявленные путём применения следующих психологических методик: British Picture Vocabulary Scale и цветных матриц Равена. С целью использования данных методик пациенты были разделены на подгруппы 4,5 - 5,5 и 5,5 - 6,5 лет. Согласно результатам данных исследований всех курируемых детей нельзя было отнести к страдающим олигофренией, так как они имели IQ не ниже 80.

В связи с тем, что расстройства психической деятельности пациентов характеризовались качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности, наличием некоторой степени нарушения когнитивной функции и расстройствами речевой функции, которые не отличались прямой зависимостью ни от психического, ни от неврологического статусов, а также отличались недостаточностью мелкой моторики, всех больных согласно классификации МКБ-10 можно было отнести к рубрике «Другие общие расстройства развития» - F84.8.

В процессе изучения анамнестических данных пациентов одним из параметров, интересовавших нас, явилась также организованность детей.

В психопатологическом статусе помимо симптоматики, свойственной ЗПР, отмечались следующие синдромы: гипердинамический, церебрально-растенический, неврозоподобный. К неврозоподобному синдрому мы относили неврозоподобные тики, неврозоподобное заикание, неврозоподобный энурез.

На основании анализа предъявленных активно или выявленных при расспросах жалоб, данных клинико-психопатологического и клинико-неврологического обследований было обнаружено следующее распределение синдромальной патологии среди курируемого контингента в зависимости от возраста, представленное в табл. 1.

Синдромальная представленность патологии

Клинические синдромы	Возрастные группы		
	4,5-5,5 лет К-во случаев, %	5,5-6,5 лет К-во случаев, %	Контр. Группа К-во случаев, %
Церебрастенический	27-58,7	38-59,3	17-56,7
Гипердинамический	24-52,2	26-40,6	16-53,3
Неврозоподобных тиков	5-10,8	8-12,4	4-13,3
Ночного энуреза	12-26	12-16,8	8-26,7
Неврозоподобного заикания	9-19,5	16-25	6-20
Ликворно-венозной дистензии	31-67,4	42-65,6	21-70
Вегето-сосудистой дисфункции	18-39,1	21-32,3	12-40
Расстройств праксиса	21-45,7	13-20,3	21-45,7
Эписиндром	4-8,6	4-6,2	2-6,6
Нарушений сна	16-34,8	16-25	10-33,3

Необходимо отметить отсутствие случаев изолированного проявления какого-либо синдрома. У всех наших пациентов наблюдалось сочетание двух и более из вышеперечисленных патологических синдромов. При этом отмечено взаимноеотягчающее влияние различных синдромов, выявленных у одного ребёнка, в случаях их средней и выраженной степеней тяжести. Это находило отражение не только в необходимости более продолжительного лечения, но и в мозаичности достигаемого положительного эффекта.

Достоверно чаще других синдромов встречался церебрастенический ($p < 0,05$). Несколько реже у пациентов диагностировался гипердинамический синдром. По распространённости в различных возрастных группах он отличался тенденцией к урежению с увеличением возраста детей, но качественно характеризовался усложнением симптоматики и увеличением количества более тяжёлых форм в старшей возрастной категории. В структуре неврозоподобных состояний относительно преобладали проявления ночного энуреза, несколько реже зафиксировано неврозоподобное заикание, и наиболее малочисленными явились тики.

Во всех рассмотренных случаях у больных детей ЗПР и речевым расстройством сопутствовала различной степени выраженности неврологическая патология.

Наиболее частыми неврологическими проявлениями явились симптомы ликворно-динамической

дисфункции. Несколько реже были выявлены признаки недостаточности праксиса. Вегето-сосудистая дисфункция также отмечена у значительной части пациентов. Нарушения сна были зафиксированы у 34,8% пациентов младшей и 25% детей старшей групп.

Что касается эписиндрома, то он характеризовался незначительной представленностью в обоих возрастных диапазонах.

Выявленные речевые расстройства квалифицировались согласно общепринятой классификации нарушений речи. В результате у наших пациентов были диагностированы следующие формы дизартрий, представленные в табл. 2.

Обращает на себя внимание преобладание во всех возрастных группах смешанных форм дизартрий, к которым мы относили все случаи сочетания двух и более их разновидностей. По нашим данным чаще всего наблюдалось сочетание признаков псевдобульбарной и корковой дизартрий.

Второе место по представительству занимала псевдобульбарная форма. Редкой разновидностью дизартрии у наших пациентов была экстрапирамидная форма. Наиболее редко среди обратившихся за помощью пациентов встречалась бульбарная дизартрия. Мозжечковая дизартрия среди наших пациентов зафиксирована не была.

Достоверной закономерности распределения в группах обследованных различных форм дизартрий не выявлено. Так же, как не прослеживалась и взаимосвязь формы дизартрии

от пола ребёнка. Не зафиксировано зависимости формы дизартрии от степени психической

задержки и сопутствующих ей психопатологических синдромов.

Таблица 2

Представленность различных форм дизартрий

Форма дизартрии	Возрастные группы		
	4,5-5,5 лет К-во случаев, %	5,5-6,5 лет К-во случаев, %	Контр. Группа К-во случаев, %
Корковая	8-17,4	6-9,4	5-16,7
Псевдобульбарная	12-26	22-34,4	8-26,7
Бульбарная	2-4,3	2-3,1	1-3,3
Экстрапирамидная	3-6,5	4-6,2	2-6,7
Смешанная	21-45,7	30-46,9	14-46,7

Отмечена взаимозависимость между степенью психического недоразвития, интенсивностью психопатологических проявлений и степенью

выраженности речевой патологии (коэффициент корреляции r - 0,86, 0,8, 0,78 соответственно в младшей, старшей и контрольной группах).

Результаты исследований и их обсуждение

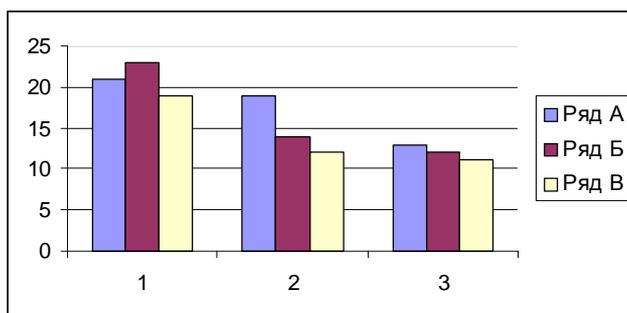
Результаты проведенного нами лечения характеризовались следующими особенностями.

Прежде всего, в его процессе происходило уменьшение выраженности эффекторно-волевых нарушений. Даже их частичная нормализация вызывала положительные изменения поведения пролеченных детей. Это, в свою очередь, приводило к постепенному редуцированию когнитивных нарушений. Особенно отчётливо это проявлялось не непосредственно после проведения повторных курсов лечения, а в процессе конт-

рольного исследования пролеченных детей через 6 месяцев. Соотношение выраженности когнитивных, эффекторно-волевых и поведенческих нарушений в зависимости от группы детей, определенное путём суммирования количества баллов, полученных согласно вышеописанной методике определения степени выраженности проявлений характерных патологических симптомов до лечения, после 2 курса и через 6 месяцев после него представлено в следующих диаграммах:

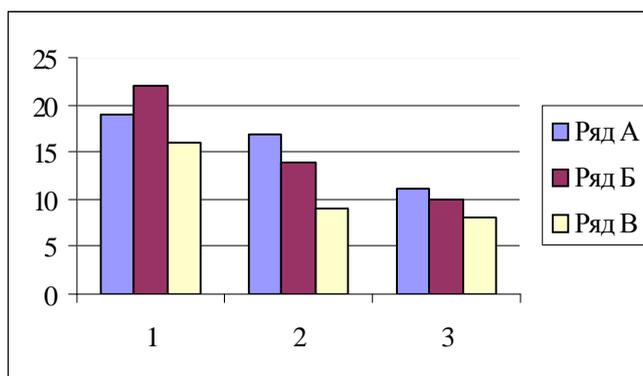
а) в младшей возрастной группе -

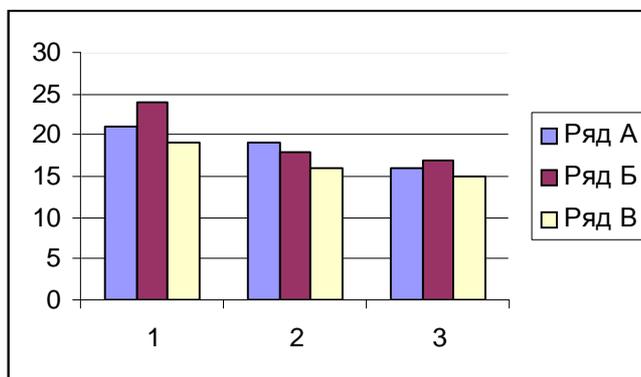
Диаграмма 1.



б) в старшей возрастной группе -

Диаграмма 2.





Примечание: по вертикали - выраженность патологической симптоматики в баллах; по горизонтали - психопатологическая структура задержки психического развития: 1-до лечения; 2-после 2 курса лечения; 3-через 6 месяцев после лечения, А-Когнитивные нарушения; Б-Эмоционально-волевые нарушения; В- Поведенческие нарушения.

Характерно, что в младшей возрастной группе положительные изменения психического статуса были более значимыми, чем в старшей ($p < 0,05$). В обеих возрастных группах больных, лечение которых включало ЛП, эффективность лечения была достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$).

Важным является то, что зафиксированное улучшение поведения детей, пролеченных комплексной методикой с привлечением ЛП, вызывающее в дальнейшем положительные изменения характеристик, зависящих от него, достигнуто во всех указанных случаях без применения так называемых «корректоров поведения».

В то же время у детей контрольной группы в ряде случаев на фоне включённого в медикаментозную терапию дибазола поведение растормаживалось, а улучшение когнитивных возможностей достигалось за счёт изолированного преимущественного воздействия пантогама, поэтому было не столь значимо, как у детей в резуль-

тате комплексного лечения.

Положительным изменениям после лечения с применением ЛП подверглись фактически проявления всех вышеуказанных патологических синдромов.

В то же время позитивные изменения степени выраженности патологической симптоматики среди пациентов контрольной группы были менее значимы (в целом в группе $p < 0,05$). У ряда пациентов они не отличались стойкостью проявлений, им было свойственно частое возобновление прежней интенсивности.

Анализ динамики логопедического статуса детей, пролеченных с привлечением ЛП и пациентов контрольной группы выявил различные по степени выраженности результаты. Для их иллюстрации приводятся диаграммы 4 и 5, отражающие динамику проявлений двух наиболее распространённых видов дизартрий, один из которых (смешанный) отличается наибольшей резистентностью к лечению традиционными методами.

Диаграмма 4.

а) Выраженность дизартрии до лечения:

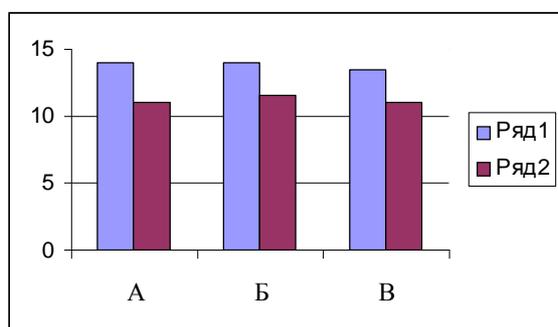
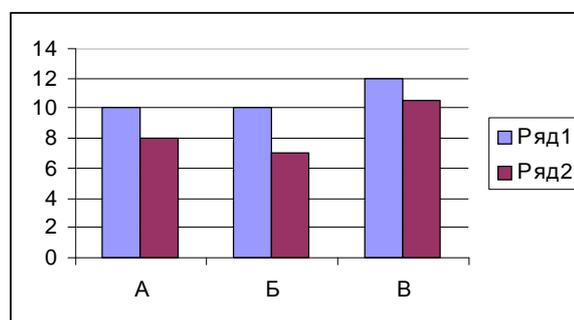


Диаграмма 5.

б) Выраженность дизартрии через 6 месяцев после лечения:



Примечание: по вертикали - выраженность патологической симптоматики в баллах, по горизонтали - представленность дизартрий: А- в младшей возрастной группе; Б- в старшей возрастной группе; В- в контрольной группе детей; ряд 1- смешанная дизартрия; ряд 2- псевдобульбарная дизартрия.

Как следует из приведенных диаграмм, улучшение речевого статуса зафиксировано во всех анализируемых случаях. Однако среди детей контрольной группы результативность лечения оказалась значительно ниже при обеих формах дизартрий (достоверность различия с основными группами $p < 0,01$). Аналогичные по выраженности позитивные изменения были зафиксированы при всех формах дизартрий с той же тенденцией к значительному превышению результативности предложенного лечения в сравнении с традиционным в контрольной группе ($p < 0,01$).

Наиболее успешным оказалось лечение корковой и псевдобульбарной форм дизартрий.

С патогенетической точки зрения закономерно, что относительно менее эффективным оказалось лечение смешанных форм дизартрий.

Таким образом, при сравнении достигну-

той положительной речевой динамики в разных возрастных группах не прослеживается достоверная взаимосвязь эффективности методики от возраста ребёнка. В качестве одного из объяснений наблюдаемого явления можно привести следующие доводы. У детей младшей возрастной группы высокие положительные результаты можно объяснить значительными компенсаторными возможностями организма в стадии не запущенного расстройства. У старших детей большую роль играет осознание ребёнком своего дефекта и желание помочь себе и своему логопеду на занятиях.

Влияние ряда факторов на успешность преодоления психического недоразвития в процессе проведения предлагаемой методики лечения отражено в табл.3.

Таблица 3.

Корреляция эффективности лечения задержки психического развития с влиянием отдельных факторов

Факторы	Группы пролеченных пациентов, показатели корреляции		
	4,5-5,5 лет	5,5-6,5 лет	контрольная
Сопутствующая соматическая патология	-0,4	-0,43	-0,41
Сопутствующая выраженная неврологическая симптоматика	-0,62	-0,58	-0,59
Неврозоподобная симптоматика	-0,5	-0,52	-0,57
Нивелирование дизартрии в процессе лечения	0,72	0,7	0,69
Интеллектуально-мнестическая недостаточность	-0,63	-0,66	-0,64
Посещение дошкольных учреждений	0,58	0,56	0,51

Таким образом, патогенетическая связь речевых нарушений и ЗПР нашла наглядное отражение в достаточно высоком показателе корреляции между нивелированием симптомов дизартрии и положительной динамикой психических характеристик пролеченных детей.

Отрицательная корреляционная связь с выраженной неврологической патологией свидетельствует о том, что использованная методика более эффективна у лиц с наименьшими сопутствующими неврологическими нарушениями. Уменьшала успешность проводимой терапии и сопутствующая соматическая патология. Имеющаяся интеллектуально-мнестическая недостаточность также снижала результативность лечения. Достигнутые улучшения были выше у детей, посещавших дош-

кольные учреждения, что, возможно, объясняется дополнительной стимуляцией психического развития при общении со сверстниками. Половая принадлежность достоверно не оказывала значимого влияния на результаты лечения.

На основании всех вышеуказанных фактов, можно мы смогли сделать следующие выводы:

- предложенный нами метод ЛП является эффективным при лечении задержек психического развития, сочетанных с дизартриями;
- эффективность лечения зависит от возраста больших детей, степени выраженности сопутствующей патологии;
- не выявлены осложнения и иные противопоказания к применению лазерной пунктуры, кроме общепринятых для рефлексотерапии в целом.

ЛАЗЕРНА ПУНКТУРА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ, ЯКА СПОЛУЧЕНА З ДИЗАРТРІЄЮ.

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології і психіатрії, Україна

Затримки психічного розвитку є частим проявленням резидуально-органічної патології головного мозку різного генезу у дітей. В сполученні з дизартріями при відсутності своєчасного ефективного лікування вони сприяють формуванню соціальної дезадаптації дитини, яку важко подолати у подальшому. Ціллю нашого дослідження була розробка методики застосування лазерної пунктури для лікування зазначених порушень. Шляхом впливу низькоінтенсивним лазерним випромінюванням на біологічно активні крапки на тлі обмеженої медикаментозної терапії та традиційної логокорекції за короткий час ми досягли значного зменшення патологічної симптоматики, яка була притаманною для психомовних розладів у 110 дітей у віці від 4,5 до 6,5 років. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 73-79).

V.S. Podkorytov, E.A. Shulga

THE LASER PUNCTURE IN COMPLEX TREATMENT OF THE MENTAL RETARDATION COMBINED WITH DYSPHARTHRIA

Ukrainian SRI of clinical and experimental neurology and psychiatry

The delays of mental development are often display residual - organic pathology of the brain various genesis at children. In the combination with dysarthria at absence of duly treatment they promote the formation of further social violation of adaptation of the child.

The purpose of this research was the development of a technique of application laser puncture for treatment of the specified disorders. The influence of the low intense laser radiation on biologically active points on a background of limited medicamentation of therapy and traditional logocorrection has been achieved significant decrease of pathological symptoms, characteristic for mental retardation at 110 children in the age of 4,5 - 6,5. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 73-79).

Литература

1. Подкорытов В.С. Новые технологии в медико-социальной реабилитации детей и подростков с органическими поражениями нервной системы, страдающих речевыми и психическими расстройствами // Матеріали міжгалузевої науково-практичної конференції. - Харків, 1998. - С.66-68.
2. Козьякин В.И. Динамика речевых нарушений у больных детским церебральным параличом (ДЦП), леченных с помощью системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации // Український вісник психоневрології. - 1995. - Т. 3, Вип. 2 (6). - С. 55.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её топико - диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. -Ташкент: Медицина, 1989. - 145 с.
4. Соботович Е.Ф. Диагностика речевой готовности аномальных детей к обучению в общеобразовательных школах. // Матеріали міжгалузевої науково-практичної конференції. - Харків, 1998. - С. 44-45.
5. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. - Ташкент: Медицина, 1979. - 487с.
6. Архипова Е.Ф. К вопросу о коррекционно-логопедической работе с больными детским церебральным параличом в доречевой период // Тез.докл. VI Всероссийской

научно-практической конференции. -Самара, 1993. - Т. 1. - М., 1994. - С.13-16.

7. Осипенко Т.Н. Психодиагностические и психокоррекционные мероприятия в дошкольном возрасте с целью профилактики школьных дезадаптаций // Тез. докл. VI Всероссийской научно-практической конференции. -Самара. 1993. - Т. 2. - М., 1994. - С.216-217.

8. Курако Ю.Л., Букина В.В., и др. Лазеротерапия в комплексной реабилитации постинсультных больных // Тези доп. Пленуму Правління науково-медичного товариства невропат. психіатр. та наркол. - Чернівці - Харків, 1993. - С. 30.

9. Винин С.Р., Неретина И.Р., Винина Ю.В. Речевые нарушения у детей с поражением нервной системы в возрасте от 3-х до 7-и лет, методика лазеропунктуры в системе логопедической помощи по материалам работы психоневрологических отделений санатория // Український вісник психоневрології. - 1997. - Т.5, Вип.3(15). - С.179-182.

10. Дубовцева О.О., Євтушенко О.С., Поддубна Н.Н. та ін. Застосування нових стимуляційних методик при лікуванні затримки та порушень мови у дітей // Укр. вісник психоневрології. - 1996. - Т.4, Вип.4(11). - С. 287-289.

Поступила в редакцию 2.09.99г.

УДК 616.893 – 053.8 + 612. 822. 3

*Б.Б. Ивнев, В.А. Абрамов, А.Г. Снегирь***ИЗМЕНЕНИЯ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: вызванные потенциалы мозга, болезнь Альцгеймера

Известно, что в последнее время заметно увеличилась тенденция к повышению числа людей пожилого возраста. Значительная часть этих людей страдает различными психическими расстройствами, связанными с процессом старения. Особый интерес представляет изучение механизмов деятельности мозга при развитии болезни Альцгеймера (БА) как быстро прогрессирующего слабоумия, причины которого до сих пор не определены. Риск развития БА в возрасте 60 лет составляет около 1%, а при достижении 80 лет этот показатель увеличивается до 20% [1]. Возрастная динамика БА такова, что, составляя 2 — 3 % от общего числа лиц, достигших 70 лет, доля заболевших с увеличением возраста на каждые 5 лет удваивается, а это значит, что эта болезнь поразит практически каждого, кто доживет до 100 лет [2,3]. Это и определяет актуальность задачи ранней

диагностики деменции при БА [4].

Электрофизиологические методы позволяют определять состояние нервных элементов и соотношение активности разных отделов мозга в ходе выполнения испытуемым определенного вида деятельности, что важно для понимания нарушений, приводящих к развитию деменции при БА. В связи с этим для оценки системной деятельности мозга все более широко используется метод вызванных потенциалов (ВП) мозга, как способ получить объективную характеристику о состоянии центральных и периферических отделов сенсорных систем человека. ВП отражают электрический ответ мозговых структур на определенное событие (изменение внешней или внутренней ситуации), связанное с опознанием стимула на основе сопоставления имеющейся информации с памятью и сформировавшимся на ее основе ожиданием.

Методика исследования

Проведен сравнительный анализ особенностей слуховых вызванных потенциалов мозга (СВП) контрольной группы — здоровые пожилые люди (30 человек в возрасте от 60 до 65 лет) и пациентов, страдающих БА (11 пациентов в возрасте до 65 лет). Интеллектуально-мнестические функции, состояние аффективной сферы, личностные особенности и соматический статус у контрольной группы находились в обычных возрастных пределах. Диагноз БА устанавливался на основании критериев диагностики, изложенных в DSM-IV — начало заболевания в пресенильном возрасте, прогрессирующие нарушения речи, праксиса, гнозиса. Были исследованы пациенты с ранним началом БА и начальными проявлениями БА: с неосложненным течением заболевания (6 больных) и осложненным течением (депрессивное настроение) (5 больных). Диагноз БА ставился при отсутствии данных о том, что указанные симптомы могли

быть следствием травмы, опухоли, инфекционного или сосудистого заболевания. Все пациенты, страдающие БА, были обследованы на компьютерном томографе на предмет выявления характерных атрофических процессов. У всех пациентов было проведено нейропсихологическое тестирование (Mini Mental State Test).

Для исследований СВП был использован диагностический прибор Amplaid-MK-15 (Италия), соединенный с персональным компьютером. Регистрация вызванных ответов проводилась на звуковой стимул - гудок через головные телефоны. Бинаурально подавался сигнал двух звуковых тональностей: 4000 Гц (сигнальный стимул) и 1000 Гц (фоновый стимул). Интенсивность звуковых сигналов составляла 100 дБ над уровнем порога слышимости. Альтернативные стимулы подавались согласно odd ball парадигмы. Вероятность предъявления редкого — значимого стимула — составляла 20%, соответ-

ственно частого — фонового — стимула 80%. Межстимульное время — 2 секунды. Усреднение осуществлялось относительно начала подачи стимула по 100 кривым. Эпоха анализа составляла 750 мс. Запись усредненных СВП проводилась в режиме «активное внимание». В режиме «активное внимание» испытуемый должен был в ответ на предъявление значимого стимула осуществлять нажатие кнопки. Перед началом усреднения проводилась тренировка, с целью уточнения поставленной задачи. При отведении вызванной электрической активности мозга использовалась международная схема расположения электродов 10/20. Активный электрод располагался в точке

Cz, индифферентный электрод — общий ушной M1+M2. Заземляющий электрод располагался на левом предплечье, дополнительный заземляющий электрод — в точке Fz. Полоса пропускания усилителя составляла от 0,1 Гц до 50 Гц. Для защиты от помех применялась система режекции, предусмотренная в электродиагностическом комплексе «Amplaid МК 15» (Италия). Кроме того, оценивалась скорость сенсомоторной реакции (СР) : время между подачей значимого сигнала и нажатием кнопки. Статистическая обработка зрительных вызванных потенциалов проведена с использованием стандартных пакетов математических программ.

Результаты и обсуждение

Проведенные нами исследования времени (СР) и результативности выполнения задания выявило статистически значимые ($p < 0.05$) различия этих показателей между группой нормы и пациентами с БА (Рис. 1). Время СР у пациентов с БА увеличилось почти в 2 раза, а результативность выполнения задания снизилась с 88,7% до 66,7%. Это различие обусловлено нарушением обработки информации в мозге у пациентов с БА и изменением процессов возбуж-

дения, торможения и подвижности в центральной нервной системе (ЦНС) [5]. Отражением этих процессов и являются компоненты слуховых, связанных с событием вызванных потенциалов мозга (СВП). Анализ всех выделяемых компонентов СВП (как экзогенных, так и эндогенных) позволяет оценивать состояние не только изучаемой сенсорной системы, но и взаимодействие структур из различных функциональных систем мозга.

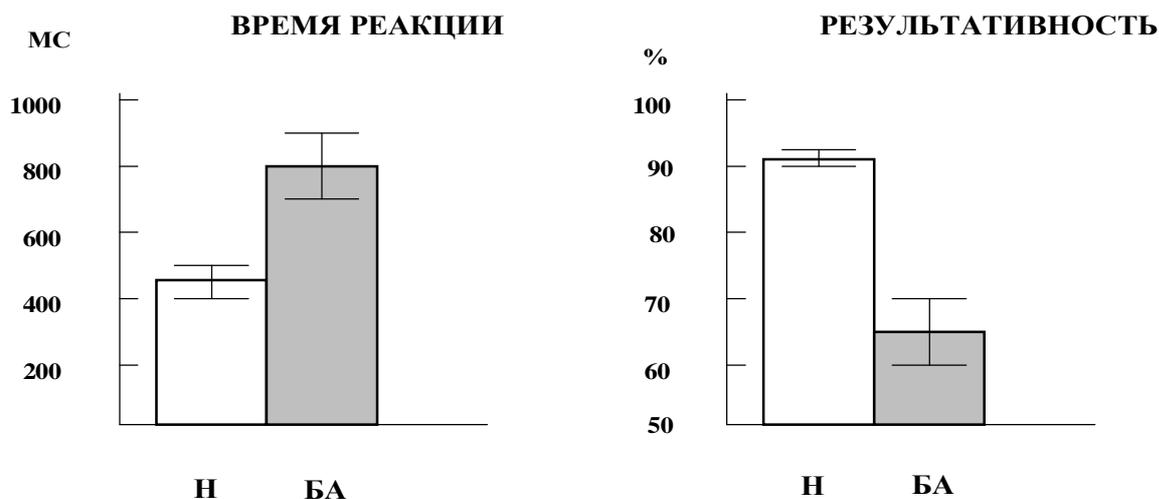


Рис. 1. Время простой сенсомоторной реакции (А) и результативность выполнения задания (Б) в норме (Н) и при болезни Альцгеймера (БА).

Покомпонентный анализ коротколатентных СВП показал, что у пациентов с БА значительно увеличивается латентность компонента N1 и амплитуда P1. В основе этих волн СВП наряду с сенсорным последствием значительную роль играет восхождение к коре больших полушарий импульсов из таламуса и гипоталамуса. Двусторонние связи между ассоциативными и

проекционными отделами и восходящие пути к проекционной коре от подкорковых эмоционально-мотивационных центров имеют значение в механизме оценки стимула. Этот процесс, вероятно, происходит в результате обработки в ЦНС двух потоков импульсов: первого — сенсорного, характеризующего физические параметры предъявляемого стимула и второго —

из подкорковых ядер и других областей коры больших полушарий мозга, содержащего информацию о параметрах значимого стимула. При этом происходит субъективная оценка предъявляемого стимула, основанная на прошлом опыте испытуемого [5]. Волна N1, генерируемая в первичной слуховой коре и зависящая от активности ретикулярной формации, лимбической системы, отражает, вероятно, изменения, происходящие в подкорковых структурах [6]. Таким образом, выявленные изменения латентности и амплитуды N1 и P1 при БА отражают нейродегенеративные процессы в проводящих путях слуховой сенсорной системы и других подкорковых структурах (голубом пятне, гиппокампе, ядрах шва) [7]. Некоторые исследователи, подтверждая значимость изменений средне — и длиннolatентных компонентов СВП при БА, отмечали, что возрастание амплитуды P1 отражает степень нейронной активности среднего мозга, увеличение ретикулярных влияний через корковые холинэргические

проекции [8]. Результаты других исследований обнаруживают, напротив, снижение латентности компонента N1 при БА [9]. Анализ амплитуд компонентов P2- N4 не выявил значимых изменений при БА по сравнению со здоровыми исследуемыми, а латентный период компонентов P2, N2, P3, N4 у пациентов с БА были значительно увеличены (Рис. 3). Возникновение компонента N2 принято связывать с произвольным вниманием и ориентировочной реакцией, физическим отклонением стимула или с ситуацией не появления ожидаемого стимула [6]. Обнаруженное нами увеличение латентности компонента N2 коррелирует с увеличением времени простой сенсомоторной реакции и результативностью выполнения когнитивной задачи, что может свидетельствовать о нарушении функции как произвольного, так и произвольного внимания. В основе этих изменений могут лежать наблюдаемая при БА дисфункция и снижение количества гиппокампальных и кортикальных синапсов [10].

ЛАТЕНТНЫЕ ПЕРИОДЫ

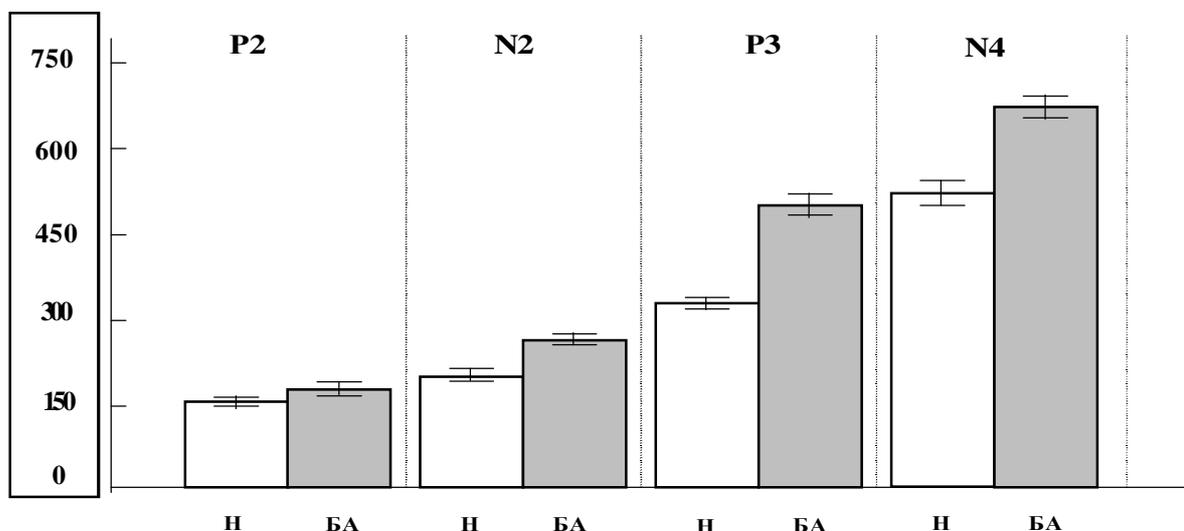


Рис. 3. Латентные периоды компонентов P2, N2, P3, N4 слуховых вызванных потенциалов мозга в норме (Н) и при болезни Альцгеймера (БА). Все отклонения статистически значимы ($p < 0,05$).

Компонент P3 СВП отражает процессы восприятия и принятия решения испытуемым. Важность именно этого компонента СВП определяется тем, что его латентность и амплитуда коррелируют с интеллектуальными возможностями и памятью человека, отражают когнитивные функции мозга в целом [11,12]. Таким образом, именно этот компонент может рассматриваться как специфический маркер для оценки познавательной функции мозга. Результаты наших исследований показывают, что нарушение ког-

нитивных функций мозга при БА коррелирует с увеличением латентности P3, что согласуется с результатами других исследований [13]. Описаны также изменения амплитуды и латентных периодов СВП при различных способах стимуляции у пациентов с БА [2]. Вместе с тем, возрастное увеличение латентного периода P3 и снижение его амплитуды не приводит к каким-либо значительным нарушениям когнитивных функций мозга. Некоторые исследователи подчеркивают, что различия в латентности P3 могут оп-

ределять даже доклинические стадии когнитивных расстройств подкоркового типа [14].

Результаты проведенного исследования позволяют выделить некоторые характерные изменения параметров СВП при БА. Статистический анализ компонентов СВП определяет значимые изменения в их латентных периодах и

амплитудах при БА, что может служить маркером БА. Обнаружены следующие, статистически значимые, нарушения параметров СВП при БА: увеличение латентного периода компонентов N1, P2, N2, P3, N3, снижение амплитуды компонента P1, что является дополнительным критерием в ранней диагностике БА.

Івнев Б.Б., Абрамов В.А., Снегірь А.Г.

ЗМІНИ СЛУХОВИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ ПРИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Вивчені особливості слухових викликаних потенціалів мозку (СВП) при хворобі Альцгеймера (ХА) з раннім початком та не ускладненою течією захворювання. Регістрація СВП здійснювалася за допомогою діагностичного приладу Amplaid - МК-15, який було з'єднано з персональним комп'ютером. Бінаурально подавався сигнал двох видів звукових тональностей: 4000 Гц (сигнальний стимул) і 1000 Гц (фоновий стимул). Інтенсивність звукових сигналів складала 100 дБ понад рівнем порога чутності. Сигнал подавався згідно з odd ball парадигмою. Аналіз СВП показав, що час сенсомоторної реакції у пацієнтів з ХА підвищився майже удвічі, а результативність виконання завдання знизилася з 88,7% до 66,7%. Проведений покомпонентний аналіз СВП виявив значиме підвищення латентності компонента N1 та амплітуди компонента P1. Амплітуди більш пізніх компонентів при ХА не змінювалися, в той час як латентні періоди P2, N2, P3, N4 були значно підвищені. Виявлені особливості амплітудо - часових параметрів СВП при ХА запропоновано використовувати як додатковий критерій в ранній діагностиці ХА. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 80-83).

Ivnev B.B., Abramov V. A., Snegir A.G.

CHANGES OF ACOUSTICAL EVOKED POTENTIALS OF A BRAIN IN ALZHEIMER'S DISEASE

Donetsk state medical university named after M. Gorky, Ukraine

The features of acoustical evoked potentials of a brain (EP) are studied in Alzheimer's disease (AD) with an early start and not complicated flow of disease. The registration of EP implemented through the diagnostic device Amplaid - MK-15, joint with the personal computer. Was binaurally applied the signal of two kinds of sound tonalities: 4000 Hz (device tone) and 1000 Hz (standard tone). The intensity of sound signals made 100 dB above a hearing threshold level. The signal moved according to odd ball paradigm. The analysis of EP has shown, that the time of sensorimotor reaction for the patients with AD was increased almost twice, and the productivity of a task execution has decreased from 88,7 % to 66,7 %. The conducted component-wise analysis of EP has revealed significant increase of a latency of a component N1 and amplitude of a component P1. The amplitudes of more late components in AD did not change, while the latent periods P2, N2, P3, N4 were considerably increased. The detected features EP parameters in AD are offered for using as padding yardsticks in early diagnostic of AD. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 80-83).

Литература

1. Maurer K. Epidemiologie, derzeitiger stand der Ursachenforschung und Diagnostik der Alzheimer-Erkrankung // Notab med.-1996.-Vol.26, N2.-S.71-72.
2. Bachman D.L., Wolf P.A., Linn R.T., et al. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population.-Neurology,-1993.-Vol. 43.- N 3.-P. 515 - 519.
3. Kazee A., Eskin T.,Lapham I. Et al. Clinicopathologic correlates in Alzheimer disease : assesment of clinical and pathologic diagnostic criteria // Alzheimer Dis. Assoc. Disord.-1993.-V.7.-N 3.-P.152 - 164.
4. Казаков В.Н., Івнев Б.Б., Кравцов П.Я., Снегірь А.Г. Болезнь Альцгеймера. Современное состояние вопроса.- Архив клинической и экспериментальной медицины.-1987.- №1.-С. 101-1 05.
5. Механизмы деятельности мозга человека. Часть 1. Нейрофизиология человека./ Ред. Н.П.Бехтерева.-Л.: Наука, 1988.-677с.
6. Наатанен Р. Внимание и функции мозга: Учеб. пособие / Пер. с англ. Под ред. Е. Н. Соколова.- М.: Изд-во МГУ, 1998.-560 с.
7. Troncoso J., Sukhov R., Kavas H., Koliatsos V. In situ labeling of Dying cortical Neurons in normal aging and in Alzheimer's disease: correlations with senile plaques and disease progression // J. Of Neuropathology and Exp. Neurology.-1996.- V. 55, N 11.-P.1134-1142.

8. O' Mahoni D., Rowan M., Feely M. Et al. Primary auditory pathway and reticular activating system dysfunction in Alzheimer's disease // Neurology.-1994.-Vol.44.- P.2089-2094.
9. Dabic-Jeftic M, Mikula I. Auditory and visual event-related potentials in patients suffering from Alzheimer's dementia and multiinfarct dementia, before and after treatment with piracetam./ / Funct. Neurol.- 1993.-Vol.8, N5.-P.335-345.
10. Bauer J., Hull M., Berger M. Pathogenetic factors of Alzheimer's disease // G. Gerontol. Geriatr.-1995.-N 28.- P. 155 - 159.
11. Geva A., Pratt H., Zeevi Y. Multichannel wavelet-type decomposition of evoked potentials: model-based recognition of generator activity // Med. Biol. Eng. Comput.-1997.-N35.-P.40-46.
12. Kugler C. Can age-dependent cognitive functions be measured? P300 potentials - concept of brain aging - early diagnosis of dementia processes // Fortschr. Med.-1996.-N114.-P.357-360.
13. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике.- Таганрог: Изд-во ТРТУ.- 1997.-252 с.
14. Pekkonen E., Jousmaki V., Kononen M. et al. Auditory sensory memory impairment in Alzheimer's disease: an event - related potential study // Neuroreport.-1994.-Vol.5,N18.-P. 2537 - 2540 .
15. Szelies B., Mieke R., Ground M., Heiss W. P300 in Alzheimer's disease: relationships to dementia severity and glucose metabolism // J. Of Neurol. Sciences.-1995.-Vol.130, N1.-P.77-81.

Поступила в редакцию 21.09.99г.

УДК 159,947:159,922:159,9:61

*Л.Ф.Шестопалова, Т.А.Перевозная***ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ И НАРУШЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПСИХОПАТОВ, РЕАЛИЗОВАВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии, Украина

Ключевые слова: личность, ценностные ориентации, психопатии, нарушения адаптации, мотивация, противоправное поведение.

Согласно современным представлениям ценностные ориентации представляют собой системы оценочных отношений потребностного происхождения, непосредственно связанные с интересами, идеалами, самоотношением личности и представляющие собой высшие, смыслообразующие мотивы, а именно, осознанные человеком смыслы его жизни, которые несут в себе потенциальную готовность стать побуждающим мотивом. Но даже не побуждая прямо внешней деятельности, они служат влиятельной детерминантой, определяющей функционирование личности. При этом, мотивация рассматривается как «...родовое понятие всей совокупности психологических образований и процессов, побуждающих и направляющих поведение на жизненно важные цели, определяющих пристрастность, избирательность и конечную целенаправленность психического отражения и регулируемой

им активности...» [2].

Наиболее отвечающим современным представлениям является понимание криминогенного значения психических аномалий, которые в основном состоят во взаимодействии с социально приобретенными особенностями личности, облегчающими совершение правонарушений [1,3,4,5]. При этом личностные аномалии выступают в качестве внутренних условий, а не причины совершения противоправных действий. Криминогенность психопатических личностей определяется не какими-либо их врожденными индивидуальными свойствами, а особенностями их смысловой сферы, ведущими к нарушениям мотивации поведения. Системы ценностных ориентаций и связанная с ними направленность личности являются центральным звеном, в конечном итоге определяющим правопослушность либо противоправность поведения человека [6].

Объект и методы исследования

Проведено комплексное исследование ценностных ориентаций у психопатических личностей, совершивших правонарушения. Были обследованы 100 психопатов, которые в связи с реализованными ими противоправными действиями привлекались к уголовной ответственности и подвергались судебно-психиатрической экспертизе.

Наиболее характерными для данного контингента правонарушителей являются преступления против собственности (личной и государственной). Так, кражи, ограбления и разбой вменялись в вину 67% испытуемых. Вторыми по представленности в перечне преступлений являлись убийства и нанесение тяжких телесных повреждений (20%). Все испытуемые были мужчинами в возрасте от 18 до 50 лет.

В качестве контрольной группы были обследованы 50 испытуемых, не страдающих психо-

патией и не совершавших правонарушений. По возрастным, образовательным, социально-демографическим показателям контрольная группа была идентична исследуемой группе.

Для комплексного изучения системы ценностных ориентаций у психопатических личностей, совершивших правонарушения, нами были использованы следующие психодиагностические методики: методика «Соотношение «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой, цветовой тест отношений А.М. Эткинда, а также 2 варианта репертуарного теста Дж. Келли [7,8,9,10].

Стимульным материалом в методике Е.Б.Фанталовой служит список из 12 ценностей: активная деятельная жизнь; здоровье (физическое и психическое); интересная работа; красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве); любовь (духовная

и физическая близость с любимым человеком); материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений); наличие хороших и верных друзей; познание (возможность расширения своего образования, общей культуры, интеллектуальное развитие); свобода (независимость в суждениях и поступках); счастливая семейная жизнь; творчество (возможность творческой деятельности); уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий). В методике использован метод парных сравнений. Испытуемому предлагался стандартный бланк, на котором дважды был представлен набор всех пар понятий из списка 12 ценностей. В первом случае испытуемый получал инструкцию выбрать в каждой паре понятие, определяющее более значимый для него круг потребностей. Во втором случае испытуемый должен был осуществлять выбор по критерию доступности для него вышеназванных ценностей.

Для оценки неосознаваемого эмоционального предпочтения каждого понятия из вышеназванного списка ценностей нами использовался цветовой тест отношений А.М.Эткинда. В качестве стимульного материала использовался набор цветных стимулов из восьмицветного теста М.Люшера. Испытуемый получал инструкцию подобрать к каждому понятию из вышеприведенного списка терминальных ценностей из методики Е.Б.Фанталовой один подходящий цвет с разрешением повторять выбранные цвета при последующей работе. Испытуемые с выраженными нарушениями цветового восприятия исключались из процедуры обследования. После завершения ассоциативной процедуры цвета ранжировались испытуемыми в порядке предпочтения.

Методикой, позволяющей определить структуру и уровень согласованности ценностно-смысловой сферы, явился репертуарный тест ролевых конструктов Дж.Келли. Основу применения данной техники составляет выявление актуальных для данных групп испытуемых оценочных шкал для оценки внешних объектов и самих себя.

Репертуарная решетка представляет собой матрицу, столбцам которой соответствует определенная группа объектов, называемых элементами. Строки матрицы представляют собой конструкты, которые выявляются у испытуемого с помощью специальных приемов и процедур. В нашем эксперименте использовался разработанный нами оригинальный вариант методики, созданный на базе репертуарного теста личностных конструктов Дж.Келли. В данном варианте

испытуемому задавались различные репертуарные роли, относящиеся к определенным сферам его жизненного опыта: семейной сфере, сфере интимного общения, сфере учебы или работы, сфере представлений о себе, чтобы актуализировать представления испытуемого о конкретных значимых для него людях. Затем испытуемым задавался алгоритм сравнения этих лиц между собой с целью указать, чем они отличаются друг от друга в зависимости от того, чего они хотят от жизни, к чему стремятся, что для них главное, т.е. испытуемый должен сформулировать противоположный мотив. Заполненные матрицы подвергались анализу.

Кроме того, был использован второй вариант методики, а именно, ранговая решетка. Данная методика позволила проанализировать представления испытуемых об идеальной иерархии ценностей. Основная задача испытуемого — проанжировать элементы начиная с тех, которые больше всего соответствуют выявленному полюсу, и кончая теми, которые больше всего соответствуют подразумеваемому полюсу. В качестве элементов был представлен тот же список лиц, который мы использовали в качестве ролевого списка в классическом варианте методики Дж.Келли. В качестве конструктов мы использовали список терминальных ценностей методики Е.Б.Фанталовой. Но понятия, соответствующие этим ценностям, были заданы в форме непосредственных желаний и стремлений человека. В итоге мы получаем матрицу ранжировок элементов, которые можно преобразовать в номера рангов каждого элемента по каждому конструкту, что позволяет провести статистический анализ между ранжировками.

Были получены интегративные ранговые структуры, представляющие собой результат ранжирования в порядке убывающей абсолютной величины среднегрупповых значений каждой из 12 изучаемых нами ценностей. Это позволило выделить сравнительные особенности идеального, осознаваемого и неосознаваемого аспектов отношений к основным жизненным ценностям у правонарушителей — психопатических личностей в сравнении с контрольной группой.

Кроме того, путем использования системного анализа были выделены факторы, отражающие в своем содержании отношения личности к действительности, которые формируют ценностные ориентации и придают им роль смысловых регуляторов деятельности. Таким образом, выделены сферы жизнедеятельности, являющиеся наиболее значимыми для испытуемых обеих

групп, несущие наибольшее ценностное содержание, ориентирующие поведение людей в этих группах. Определены системы ценностных ори-

ентаций и закономерности их функционирования, специфические для испытуемых обеих вышеназванных групп.

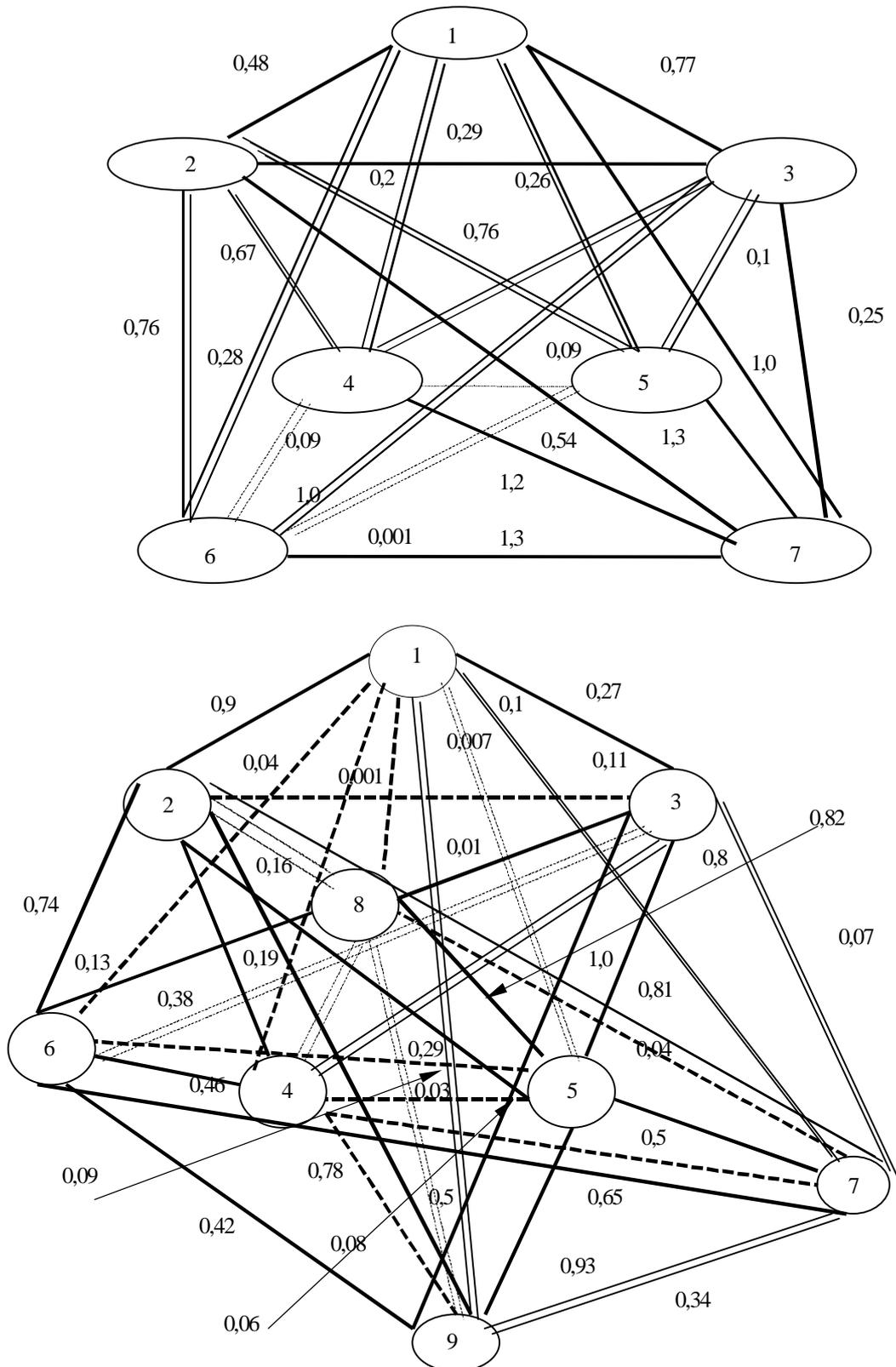


Рис. 1а, 1б. Информационные графмодели значимых жизненных сфер для испытуемых обеих групп.

Обозначения: 1 — сфера интеллектуальных достижений; 2 — интимно-личностная сфера; 3 — просоциальные тенденции и соответствие социальным ожиданиям; 4 — здоровье; 5 — работа и деловые качества; 6 — сфера материального благополучия; 7 — психологическая адекватность; 8 — активность отношения к жизни; 9 — развернутость во времени (присутствие прошлого и будущего). — сильные прямые связи; === сильные обратные связи; --- слабые прямые связи; = = = слабые обратные связи.

Основными подходами при анализе было выявление общих структурно-динамических особенностей функционирования ценностных образований, а

также специфических характеристик закономерностей данного функционирования у правонарушителей, являющихся психопатическими личностями.

Результаты исследования и их обсуждение

Выявленные результаты нашли свое отражение в структурных графмоделях.

На рисунках 1а, 1б представлены графмодели, построенные на основе данных обеих групп испытуемых.

Результаты, представленные в графмоделях, свидетельствуют о наличии ряда областей жизненного пространства, представляющих наибольшую личностную значимость для всех испытуемых, таких как: сфера психического и физического здоровья; интимно-личностных отношений; просоциальные тенденции и соответствие социальным ожиданиям; работа и деловые качества; сфера материального благополучия, сфера интеллектуальных достижений, психологическая адекватность. Данные сферы жизнедеятельности обладают наибольшим ценностным содержанием, следовательно, формируют наиболее значимые ценности. Взаимоотношение между выделенными жизненными сферами отражает взаимосвязи соответствующих ценностных ориентаций в их системах.

Обращает на себя внимание тот факт, что для испытуемых обеих групп можно выделить четыре ценности, образующие своеобразное ядро ценностных систем. В обоих случаях к этому ядру относятся: интимно-личностная сфера, материальное благополучие, работа и деловые качества, здоровье. Но взаимоотношения этих ценностей между собой и с другими ценностями у здоровых людей и у психопатических личностей различны. В группе здоровых испытуемых эти ценности действительно образуют ядро. Они связаны между собой, а также с фактором развернутости во времени, что позволяет говорить о соотносительности с далекой временной перспективой и возможности выделения генеральных линий самореализации данных личностей. В то же время, вышеназванные «ядерные» ценности в группе правонарушителей практически не имеют между собой взаимосвязей. Системообразующим фактором для выделения их из списка остальных ценностей в данном случае служат их жесткие взаимосвязи с ценностью, отражающей потребность в собственной психологической адекватности при доминирующей значимости данной ценности. Таким образом, если для здоровых лиц специфической структур-

но-динамической характеристикой функционирования ценностно-смысловой сферы является наличие такого структурирующего фактора, как наличие временной перспективы, то у психопатических личностей этот фактор отсутствует. Его заменяет ориентированность на психологическую адекватность, которая носит деструктивный характер и не обеспечивает структурализацию системы ценностей, а, напротив, приводит к автономности, изолированности функционирования ведущих ценностей.

Среди названных ценностей можно выделить специфичность позиции такой ценности как материальное благополучие с той разницей, что в контрольной группе эта ценность имеет максимальное количество взаимосвязей и, следовательно, является ведущей ценностью, в то время как в группе правонарушителей она, при высокой значимости, является наиболее изолированной. Обращает на себя внимание, что имела место следующая ситуация: испытуемые контрольной группы относили материально-обеспеченную жизнь к эмоционально отвергаемым, то же значение она имела в случае ранжирования идеальных представлений о ценностной иерархии, в случае неосознанного выбора ей отводилась нейтральная позиция. Психопатические личности также не определяли материально-благополучную жизнь в качестве ведущей (отвержение в случае неосознанного выбора, нейтральная позиция при осознанном выборе и определении идеальной позиции). Такое положение отражает наличие значимого конфликта в отношении ценности данной категории для всех испытуемых. Этот конфликт, по-видимому, является проекцией социально-экономической ситуации в стране и отражает несформированность внутренней позиции в отношении данной ценности, свойственной социуму вообще. Особенно показательным в этом смысле является тот факт, что в обеих группах зафиксирован низкий показатель доступности данной ценности, а также положительное значение расхождения между ценностью и доступностью ($C > D$).

В отношении ценности «здоровье», также входящей в ядро ценностей для обеих групп испытуемых, выявлены обратные тенденции. Так, в контрольной группе в случае осознанного и

неосознанного выборов данной ценности отводилась роль ведущей, в «идеальной» иерархии ее роль была нейтральной. В группе правонарушителей имела место аналогичная ситуация. Как видно из приведенных данных, у испытуемых обеих групп зафиксировано достаточно сбалансированное гармоничное отношение к ценности «здоровье», что отражает базовый характер определяющих данную ценность потребностей и относительную их неподверженность социальным тенденциям. Срединные позиции данной ценности в «идеальных» иерархиях объясняются, по-видимому, тем, что согласно представлениям испытуемых, в идеальном случае человеку не свойственно стремление к хорошему здоровью, желание обладания им, так как эта потребность в идеальном варианте является удовлетворенной априори и служит условием для удовлетворения других потребностей.

Блок «интимно-личностная сфера» в методиках, исследующих иерархии ценностей, был представлен тремя более конкретными ценностями: «любовь», «наличие хороших и верных друзей» и «счастливая семейная жизнь». Нужно отметить, что у здоровых испытуемых отношение к данным ценностям было достоверно более гармоничным и сформированным, чем у испытуемых основной группы. Высокая значимость интимно-личностной сферы, выявленная с помощью метода системного анализа личностных конструктов подтверждается высоким уровнем субъективной значимости соответствующих ценностей в случае их ранжирования. Так, субъективное представление о ведущем положении ценности «любовь» имело место у данных испытуемых во всех трех иерархиях. Ценность «счастливая семейная жизнь» занимала аналогичную позицию в «осознанной» и «идеальной» иерархиях, хотя в случае осознанного выбора эта ценность отвергалась. Наличие хороших и верных друзей отводилась нейтральная позиция во всех трех иерархиях. Из приведенных данных можно сделать вывод, что именно отношения между полами являются для здоровых личностей наиболее значимыми в интимно-личностной сфере.

Для испытуемых — правонарушителей уровень субъективной значимости ценностей, презентующих интимно-личностную сферу, имел расхождение в результатах используемых методик. Прежде всего, осознанное, неосознанное и идеальное представление о ценности вышеназванной категории у правонарушителей отражает некоторое рассогласование в мотивационно-

смысловой сфере относительно интимно-личностных отношений. Так, в отношении ценности «любовь» зафиксировано наличие общей тенденции отводить этой ценности места в первой трети списка, в то время как «идеальная» ее значимость является нейтральной. «Счастливая семейная жизнь» является для психопатических личностей наиболее значимой согласно открытому ранжированию. В то же время уровень ее неосознанного предпочтения низок. Согласно представлениям данных личностей об идеальных ценностных иерархиях этой ценности отводится одна из ведущих позиций.

В отношении наличия хороших и верных друзей зафиксированы общие тенденции в сознательном и «идеальном» отношении к этой ценности, неосознанное отношение связано с отвержением данной ценности. Таким образом, имеет место высокая степень рассогласования в уровнях ценностного отношения к интимно-личностной сфере. Подобное рассогласование отражает наличие мотивационно-смыслового конфликта, связанного с интимными отношениями психопатических личностей. Данные в пользу наличия конфликтности в этой сфере содержатся также в показателе расхождения между ценностью и доступностью (по типу Ц>Д).

В структуре ценностно-смысловых образований сознания у испытуемых обеих групп выявлено наличие сильных содержательных связей между интимно-личностной сферой и сферой интеллектуальных достижений. Причем, в группе правонарушителей это единственная сильная взаимосвязь между жизненными сферами, составляющими ядро ценностно-смысловой структуры.

Сфера интеллектуальных достижений также представлена в «ядерных» подструктурах обеих групп. Особенность этой категории состоит в том, что в отношении нее не зафиксирована связь с развернутостью во времени (это единственная ценность не имеющая такой взаимосвязи в графмодели контрольной группы).

Еще одной ценностью, являющейся общей в ядерных подструктурах ценностных систем обеих групп является «работа и деловые качества». Субъективное психологическое наполнение мотивов, связанных с этой ценностью, по-видимому, не идентично для испытуемых обследованных групп, в то же время, как испытуемые-правонарушители, так и правопослушные испытуемые считали эту ценность сильным побудительным объектом. Вместе с тем, в обеих группах зафиксировано расхождение между значимос-

тью и доступностью по типу Ц<Д, что отражает недостаточную побудительную силу данной ценности. В то же время, согласно представлению здоровых испытуемых об идеальной иерархии ценностных образований, эта ценность является ведущей. Другие выборы в этой группе, а также все выборы в группе психопатических личностей по этой ценности — нейтральны.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод, что специфической структурной особенностью функционирования ценностно-смысловых структур у психопатических личностей является доминирующая роль ценности, связанной с чувством психологической адекватности данной личности и ее отношения со всеми «ядерными» ценностями. Наиболее фрустрирующими, декомпенсирующими, стрессогенными факторами, таким образом, являются неуспехи в материальной сфере, сфере интеллектуальных достижений и интимных отношений. В меньшей степени, но достаточно значимо связаны с ощущением личностной неадекватности неуспехи в профессиональной самореализации и сфере здоровья. В пользу вышесказанного говорит также отсутствие гармоничной позиции в отношении ценности «уверенность в себе», наличие выраженного рассогласования между различными уровнями отношения к этой ценности, признание ведущей роли этой ценности в «идеальной» иерархии при нейтральном отношении в остальных иерархиях.

В контрольной группе в качестве специфических структурных особенностей выступают выделение ядра ценностно-смысловых образований, имеющих сильные взаимосвязи и специфического фактора, связанного со всеми «ядерными» образованиями и презентующего развернутость во времени. В отношении ценности, связанной с собственной адекватностью для испытуемых контрольной группы выявлены следующие закономерности: этот фактор имеет взаимосвязи только с материальным благополучием, работой и деловыми качествами. С одной стороны, это подчеркивает значимость данных ценностей, с другой — гораздо более низкую значимость наличия ощущения психологической адекватности у здоровых испытуемых в сравнении с психопатическими личностями. Значительная напряженность данной потребности в контрольной группе подтверждается нейтральной позицией ценности «уверенность в себе» во всех трех иерархиях.

Результаты системного анализа позволили выявить еще один общий для обследованных

групп фактор. Этим фактором является соответствие социальным нормам и наличие просоциальных тенденций. Само выделение этого фактора в обеих группах отражает значимость проблематики соответствия социальным нормативам, актуальность которой обеспечивается имеющей место в нашем обществе сменой норм и стереотипов, что приводит к перестройке смыслового функционирования сознания людей и трансформациям ценностных систем. Для испытуемых контрольной группы выявлены следующие закономерности: в качестве соответствующих общесоциальным ожиданиям и тенденциям являются достижения в интимно-личностной сфере, работе, обладание интеллектуальными и деловыми качествами, а также ориентированность на будущее. Достижение материального благополучия, психологической адекватности, а также наличие хорошего здоровья не имели смысловой связи с просоциальными тенденциями. Согласно полученным результатам, соответствовать социальным ожиданиям в понимании психопатических личностей означает иметь достижения в интеллектуальной и интимно-личностной сферах. Как видно из приведенных данных, ориентация на социальное одобрение у здоровых испытуемых достоверно более содержательно наполнена, чем у страдающих психопатиями, кроме того, значительная представленность взаимосвязей отражает и относительную интенсивность ориентированности здорового человека на социальное одобрение в нашем обществе. Вместо этого мы видим у аномальных личностей интенсивную ориентированность на собственную оценку своей жизнедеятельности, на формирование удовлетворяющей самооценки. Проблема личность и социум, проблема социальной адаптации личности, усвоения ею социальных нормативов имеет в данном случае опосредованный характер, искаженный ощущением собственной неадекватности и потребностью в защите собственного неадекватного «Я». Таким образом, самоотношение психопатической личности, а именно неосознаваемая, ненасыщаемая потребность в выработке адекватного, по мнению психопатов, самоотношения замещает потребность в выработке социально приемлемых форм поведения.

Суммируя вышесказанное, можно сказать, что выделить две принципиально различные системы отношения к миру и, соответственно, две отличающиеся системы ценностных ориентаций у психопатических личностей и личностей, принадлежащих к нормативной группе.

В группе психопатических личностей, реализовавших противоправные действия, система ценностных ориентаций имела следующие отличительные особенности. Главной характеристикой, определяющей взаимоотношения элементов данной системы является ее недостаточная структурированность, которая связана со слабой разработанностью и представленностью в сознании собственных смысловых единиц. Наряду с этим выявлен системообразующий фактор, которым является для этих лиц проблематика собственной психологической адекватности. Все ведущие ценности, которыми являются интеллектуальное развитие, интимно-личностные отношения, соответствие социальным ожиданиям, материальное благополучие, работа и деловые качества связаны со сферой, презентующей потребность в психологической адекватности, что отражает доминирование проблематики самоотношения у данного контингента лиц и ее тотальность. Основные уровни самореализации психопатических личностей связаны с проблемой собственной психологической адекватности, что носит непродуктивный, дезадаптирующий характер. Ситуации, в наибольшей степени являющиеся фрустрирующими, носящими дезадаптирующий характер связаны, прежде всего, с неудачами в материальной сфере, профессиональной самореализации и сфере здоровья. Также важной структурной характеристикой системы ценностных ориентаций у психопатов является несогласованность ее элементов и их высокая конфликтность. Выделенные ценности функционируют автономно, они не связаны содержательными смысловыми связями, что приводит к дисгармоничности их функционирования, а, следовательно, к непродуктивности, снятию их функции ведущих детерминант регуляции поведения. Наиболее изолированно при высокой значимости существует ценность «материальная обеспеченность» и связанные с ней потребности, что объясняет несформированность при психопатиях адекватных путей и форм удовлетворения этих потребностей. Автономность функционирования основных ценностей у данных личностей обуславливает несформированность главной смысловой линии в жизни психопата — правонарушителя и дефектность его личностной направленности. Наряду с этим, правонарушители обнаружили достоверно меньшую психологическую включенность в собственные мотивационно-смысловые конфликты в сравнении с испытуемыми контрольной группы. Данный факт препятствует формированию механизмов смыс-

лового опосредования и рефлексии, лежащих, как известно, в основе процессов регуляции личностью своего поведения, результатом чего является снижение адаптационных возможностей.

Искажение направленности личности и отсутствие продуктивной ведущей смысловой тенденции объясняются и еще одной особенностью строения ценностно-смысловой сферы у данных лиц в сравнении с нормой — отсутствием ценности временной перспективы. Это отсутствие также отчасти объясняет особенности использования прошлого опыта и неадекватность процессов прогнозирования у аномальных личностей.

Низкий уровень когнитивной сложности ценностно-ориентационной системы — также отличительная особенность данной системы. Недостаточная когнитивная сложность создает предпосылки для формирования дефектности смыслового функционирования ценностных систем, а также дефицитарности и незрелости ценностной позиции у психопатических личностей в силу примитивизации, жесткости и недостаточной многомерности их способов оценивания действительности, что в свою очередь, снижает адаптивные возможности данных личностей.

Вышеперечисленные структурно-динамические особенности ценностно-смысловой сферы объясняют также недостаточное стремление аномальных личностей к обретению общих смыслов своей жизни. Недостаточная осмысленность жизни не способствует согласованию и гармонизации ценностных ориентаций и сама является результатом слабой согласованности и конфликтности ценностно-смысловой сферы.

В сравнении с контрольной группой испытуемые — правонарушители достоверно менее ориентированы на социальное одобрение и соответствие социальным требованиям. Как было отмечено выше, у психопатических личностей доминирует ориентация на обретение психологической адекватности. Можно констатировать отвлечение адаптационных резервов аномальных личностей от адаптации к социуму, усвоения ею социальных нормативов и направленность на удовлетворение потребности в выработке желаемого самоотношения. За этим, по-видимому, стоит попытка приспособиться к собственной аномальности путем частичного отказа от приспособления к общечеловеческим требованиям.

Таким образом, все вышеперечисленные структурно-динамические характеристики ценностных систем у психопатических личностей, совершивших правонарушения лежат в основе

дефектності механізмів саморегуляції і зниження адаптивних можливостей у даних осіб. Розкриття закономірностей впливу ціннісних орієнтацій на формування внутрішньої побудительної мотивації во многом сприяє визначенню механізмів соціальної детермінації поведінки. Перспектива такого розкриття полягає в пошуку якісних і кількісних показників взаємозв'язаності ціннісного змісту свідомості і мотивації поведінки, які можна використовувати для передбачення його можливої трансформації в реальний антисоціальний факт.

Виявлені трансформації ціннісно-орієнтаційних структур у правопорушників, страждаючих психопатіями, дозволяють наблизитися до роз'яснення глибоких детермінант їх кримінальності. Визначення характерних особливостей структури і функціонування ціннісно-смыслових систем дозволить сприяти оптимізації психологічної допомоги даним особам.

В числі правопорушень, совершених випробуваними, найбільше представлені злочини проти власності: крадіжки, грабежі і вимагательства. На мотиваційному рівні дані злочини пов'язані з неформованістю або руйнуванням соціально детермінованих способів задоволення потреб. На ціннісно-смысловому рівні дані поведінкові акти детермінуються високою значимістю такої цінності як «матеріально забезпечена життя». Як було показано вище, дана цінність функціонує автономно, що не сприяє виробленню адекватних способів реалізації пов'язаних з нею потреб і формуванню адаптивної особистісної спрямованості. Виявлена дезадаптируюча, декомпенсуюча роль невдалої самореалізації в сфері матеріальних досягнень, а також гіпертрофована ненасичувана потреба в задовільній само-

оцінці і недостатня орієнтованість на відповідність соціальним вимогам призводять до фіксації на асоціальних способах досягнення матеріальної забезпеченості. Близької до цієї групи правопорушень по цілям являється група злочинів, пов'язаних з виготовленням, придбанням, зберіганням і збуту наркотиків.

Насильственні злочини (убийства, нанесення тяжких тілесних пошкоджень, изнасилювання) належать до групи правопорушень, в значній мірі детермінованих недостатком саморегуляції і опосередкування у психопатических осіб. Недостатня структурованість елементів ціннісно-орієнтаційної системи, пов'язана з недостатньою розробленістю і представленістю в свідомості психопатів власних смислових одиниць, а також слабка осмисленість їх вільних ціннісно-мотиваційних тенденцій детермінують формування мотивації даних злочинів на ціннісному рівні. Крім того, формування даної мотивації пов'язано з домінуючим значенням цінності задоволення особистості самостворення, а також відсутності цінності розкритості своєї життєдіяльності в час, що призводить до жорсткої зв'язки успішності з самооцінкою, а також спотворенню цілеполагання, оцінки ситуації, прогнозування.

Таким чином, криміногенність пов'язана не з наявністю психопатизації, а з спрямованістю особистості, її ціннісно-смысловий структурою, що визначає соціальну або асоціальну окраску психопатическої актуалізації.

Профілактична робота по попередженню протиправних дій у осіб, страждаючих психопатіями, повинна проводитися з урахуванням криміногенної ролі дисгармонії ціннісних систем і необхідності корекції вільних смислових відносин даних осіб, перебудови їх смислової «картини світу».

Л.Ф.Шестопалова, Т.О.Перевозна

ОСОБЛИВОСТІ ЦІНІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ ТА ПОРУШЕННЯ МЕХАНІЗМІВ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПСИХОПАТІВ, ЩО РЕАЛІЗУВАЛИ ПРОТИПРАВНІ ДІЇ

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії, Україна

Робота містить теоретичне та експериментальне дослідження структурно-динамічних особливостей ціннісних систем у правопорушників, що страждають психопатіями. Результати роботи свідчать, що система ціннісних утворень даних осіб характеризується рядом структурно-динамічних трансформацій, котрі лежать в основі порушення їх соціально-психологічної адаптації та опосередковують формування мотивації протиправної поведінки. Виявлені закономірності дозволяють наблизитися до розробки комплексних програм, орієнтованих на профілактику формування мотивації протиправної поведінки шляхом спрямованого впливу на смислові структури особистості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 84-92).

THE PERCULIARITIES OF VALUABLE ORIENTATIONS AND INFRINGEMENTS OF SOCIAL ADAPTATION OF PSYHOPATHOGENIC PERSON'S REALISED ILLEGAL BEHAVIOUR

Ukrainian Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry, Ukraine

The article contains theoretical and experimental research of structural - dynamics peculiarities of valuable systems of the offenders with psychopaties. The results of work testify, that the system of valuable formations of the investigated persons is characterized by numerical structural - dynamic transformations, which underlie infringements of their social-psychological adaptation and determine the motivation of illegal behaviour. The established laws allow to come nearer to development of the complex programs orient to preventive maintenance of formation of motivation of illegal behaviour by directed influence on semantic structures of the person. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 84-92).

Литература

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. - М.: Наука, 1987.-208 с.
2. Асеев В.Г. Формирование личности и структурный уровень мотивов // Проблемы личности. Материалы симпозиума.-М.: Наука, 1969.-С 334-334.
3. Гульдман В.В. Мотивация преступного поведения психопатической личности //Криминальная мотивация. -М.: Наука, 1986. -304 с.
4. Криминальная мотивация (Под Ред. В.Н. Кудрявцева).- М.: Наука, 1986.- 304 с.
5. Кудрявцев В.Н. Социальное и биологическое в антиобщественном поведении // Биологическое и социальное в развитии человека. - М.: Наука, 1977.- С 152-158.
6. Кудрявцев В.Н. Личность преступника. -М.: Юридическая литература, 1975.-270 с.
7. Похилько В.И., Федотова И.О. Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности // Вопросы психологии. -1984.-№ 3.- С 151-157.
8. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. -1992. - Т. 13, № 1.-С. 107-117.
9. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. -М.: Прогресс, 1987.- 236с.
10. Эткин А.М. Цветовой тест отношений и его применение к исследованию больных неврозами // Социально-психологические исследования в психоневрологии. Под ред. Е.Ф.Бажина. - Л., 1980.- С. 110-114.

Поступила в редакцию 14.04.99г.

УДК. 616.89-008.441.13-053.5-037-084

*Э.Б.Первомайский, И.В.Линский, Т.В.Савкина***ОЦЕНКА «УРОВНЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ» У ПОДРОСТКОВ**

Украинский научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии, Украина

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

Для повышения эффективности профилактической работы необходима обратная связь с объектом профилактики, а также контроль за оказываемым воздействием профилактических мероприятий. При этом большое значение имеет баланс представлений о наркомании, которые способствуют или препятствуют реализации риска первой пробы наркотиков. Такой баланс представлений был нами для краткости назван «уровнем наркотической готовности». Предлагаемая нами анкетная методика для оценки «уровня наркотической готовности» рас-

считана на учащихся средних школ (начиная с 12 лет и старше), либо иные организованные группы подростков.

Данная разработка и последующее применение методики оценки уровня наркотической готовности преследовали следующие цели: 1/ выделить возрастную группу с наибольшим «уровнем наркотической готовности» и 2/ изучить структуру представлений, имеющих отношение к риску пробы наркотиков и на этой основе определить приоритетные направления профилактической работы.

Объект и методы исследования

Объектом исследования были учащиеся 7-11 классов средних школ города Харькова в количестве 506 человек (примерно по 100 человек в возрасте, соответствующем обучению в 7,8,9,10 и 11 классе). Непосредственно перед началом исследования с учащимися класса проводилась краткая беседа, в ходе которой подросткам сообщалась цель настоящего исследования («определение уровня информированности о наркоманиях»), обращалось внимание на полную обезличенность анкет и, следовательно, полную анонимность всего исследования.

Для достижения поставленных целей была разработана анкета, содержащая вопросы, относящиеся к 8 тематическим блокам, а именно: 1/ самооценка информированности по проблеме наркоманий; 2/ оценка влияния наркотиков на преуспевание в жизни; 3/ оценка влияния наркотиков на сексуальность; 4/ привлекательность имиджа наркомана; 5/ оценка влияния наркотиков на здоровье; 6/ оценка влияния наркотиков на семью (детей); 7/ оценка возможностей избавления от наркотической зависимости; 8/ перспективная наркологическая самооценка (допускает ли респондент возможность того, что он сам в будущем станет наркоманом). Использовались вопросы, предусматривающие от-

вет типа «да-нет». Кроме того, в анкету были включены контрольные вопросы, позволяющие судить об искренности респондентов (шкала лжи Айзенка).

Характер вопросов и порядок их расположения в анкете был таков, что распознать «желаемый» или «правильный», с точки зрения экспериментатора, ответ подросток практически не мог.

В нашем исследовании использовалось раздаточное анкетирование, при котором респондент получает анкету из рук экспериментатора. Этот вид анкетирования является наиболее надежным. Он гарантирует добросовестное заполнение анкет, а также практически полное их возвращение экспериментатору. Время заполнения анкеты не лимитировалось, однако все подростки справились с работой за 20-30 минут. Для расшифровки анкет применялся соответствующий ключ. Результат анкетирования — «уровень наркотической готовности» — оценивался в баллах. При подсчете баллов, набранных группой респондентов, по вопросам, относящимся к различным тематическим блокам, риск пробы наркотиков считался тем больше, чем больше средний балл, за исключением самооценки информированности, где соотношение было обратным

(чем больше балл, — тем ниже вероятность пробы наркотиков).

Процедура анкетирования соответствовала общепринятым требованиям к составлению и проведению исследования.

В процессе расшифровки полученных данных баллы, набранные респондентом по вопросам, принадлежащим к одному тематическому блоку, независимо от их знака, складывались. Ре-

зультаты такой расшифровки каждой анкеты в баллах, полученные с помощью данного «ключа», поочередно заносились в общие вычислительные таблицы, выполненные с помощью программы «Excel» из стандартного пакета «Microsoft-Office» для дальнейшей обработки и анализа. Достоверность наблюдавшихся различий в исследовавшихся группах определялась по критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Было установлено, что возрастные профили «уровня наркотической готовности» по выделенным тематическим

блокам являются воспроизводимой в основных своих чертах характеристикой (Таблицы 1,2).

Таблица 1

Структура «уровня наркотической готовности» у учащихся 7-11 классов средней школы

Классы	7	8	9	10	11	Все обслед.
Блоки вопросов	Оценка в баллах (M±D)					
Самооценка информированности в проблеме наркоманий	+0,20±0,24	+0,11±0,20	+0,33±0,27	+0,10±0,28	+0,48±0,30	+0,21±0,11
Оценка влияния наркотиков на преуспевание в жизни	-0,52±0,18	-0,54±0,14	-0,26±0,30	-0,55±0,20	-0,74±0,20	-0,52±0,09
Оценка влияния наркотиков на сексуальность	+0,29±0,18	+0,04±0,15	+0,74±0,25	-0,27±0,23	-0,23±0,24	+0,12±0,10
Привлекательность имиджа наркомана	+0,22±0,20	+0,47±0,17	+0,15±0,24	+0,04±0,23	+0,16±0,32	+0,25±0,10
Оценка влияния наркотиков на здоровье	-0,05±0,18	-0,30±0,12	+0,02±0,22	-0,45±0,21	-0,39±0,23	-0,23±0,08
Оценка влияния наркотиков на семью (детей)	+0,14±0,26	-0,32±0,14	0,09±0,28	-0,49±0,20	-0,45±0,23	-0,19±0,10
Оценка возможности избавления от наркозависимости	+0,37±0,20	+0,36±0,16	+0,15±0,21	+0,20±0,22	+0,06±0,21	+0,27±0,09
Перспективная наркосамооценка	-1,98±0,41	-2,26±0,29	-1,39±0,66	-2,04±0,48	-2,48±0,32	-2,04±0,20
Наркотическая готовность в целом	-0,17±0,12	-0,31±0,08	-0,02±0,16	-0,43±0,12	-0,45±0,10	- -

Примечание: Доверительные интервалы указаны для $P < 0,05$.

Из таблицы 1 следует, что риск начала наркотизации по тематическому блоку «самооценка информированности в проблеме наркоманий» имеет тенденцию к снижению при переходе от 7 класса к 11 классу (строка 1 таблицы 1). По критерию Стьюдента-Фишера различия достоверны в парах 8-11 и 10-11 классы (строка 1 таблицы 2).

Риск начала наркотизации по тематическому блоку «оценки влияния наркотиков на преуспевание в жизни» имеет максимум у учащихся 9

классов (строка 2 таблицы 1). Различия достоверны в парах 7-11, 8-9, 8-11, 9-10 и 9-11 классы (строка 2 таблицы 2).

Динамика риска начала наркотизации по оценке влияния наркотиков на такую актуальную для лиц подросткового возраста характеристику, как сексуальность, в целом имеет тенденцию к снижению при переходе от 7 к 11 классу. Однако на этом фоне регистрируется выраженный максимум у учащихся 9 классов (строка 3 таблицы 1). Различия достоверны в парах 7-8, 7-9, 7-10,

7-11, 8-9, 8-10, 8-11, 9-10 и 9-11 классы (строка 3 таблицы 2).

Привлекательность имиджа наркомана также снижалась с возрастом, но на фоне этой тен-

денции регистрировался максимум, соответствующий 8 классам (строка 4 таблицы 1). Различия достоверны в парах 7-8, 8-9, 8-10 и 8-11 классы (строка 4 таблицы 2).

Таблица 2

Достоверность различий между учащимися 7-11 классов средней школы по различным тематическим блокам в структуре «уровня наркотической готовности»

Тематические блоки вопросов	Вероятность ошибки в парах сравниваемых классов (P <)*									
	7-8	7-9	7-10	7-11	8-9	8-10	8-11	9-10	9-11	10-11
Самооценка информированности в проблеме наркоманий							0,05			0,05
Оценка влияния наркотиков на преуспевание в жизни				0,05	0,05		0,05	0,05	0,01	
Оценка влияния наркотиков на сексуальность	0,05	0,01	0,001	0,01	0,001	0,05	0,05	0,001	0,001	
Привлекательность имиджа наркомана	0,05				0,05	0,01	0,05			
Оценка влияния наркотиков на здоровье	0,05		0,01	0,05	0,01			0,01	0,01	
Оценка влияния наркотиков на семью (детей)	0,01		0,001	0,01	0,01			0,01	0,01	
Оценка возможности избавления от наркозависимости				0,05	0,05		0,05			
Перспективная наркосамооценка				0,05	0,05			0,05	0,01	0,05
Наркотическая готовность в целом	0,05	0,05	0,01	0,001	0,01	0,05	0,05	0,001	0,001	

Примечание: * Пустые клетки указывают на то, что достоверных различий обнаружено не было.

С возрастом закономерно нарастает негативная оценка влияния наркотиков на здоровье, при этом отмечается локальный максимум, соответствующий 9 классу (строка 5 таблицы 1). Различия достоверны между 7-8, 7-10, 7-11, 8-9, 9-10 и 9-11 классами (строка 5 таблицы 2).

Также закономерно нарастает негативная оценка влияния наркотиков на семью и детей, при наличии локального максимума у учащихся 9 классов (строка 6 таблицы 1). Различия достоверны в парах 7-8, 7-10, 7-11, 8-9, 9-10, и 9-11 классы (строка 6 таблицы 2).

Оценка возможностей избавления от наркотической зависимости с возрастом закономерно убывала (строка 7 таблицы 1). Различия достоверны 7-11, 8-9 и 8-11 классами (строка 7 таблицы 2).

Особый интерес представляет возрастная динамика полученных ответов по тематическо-

му блоку «перспективная наркосамооценка» (строка 8 таблицы 1). Характеризуя этот профиль, можно сказать, что субъективно оцененный риск приобщения к наркотикам с возрастом убывает. На этом фоне регистрируется слабовыраженный локальный максимум, соответствующий 9 классу. Различия достоверны в парах: 7-11, 8-9, 9-10, 9-11 и 10-11 классы (строка 8 таблицы 2).

Анализируя возрастные профили фонового «уровня наркотической готовности», мы неоднократно были вынуждены констатировать два обстоятельства: первое — полученные величины в баллах по различным тематическим блокам с возрастом убывают, и второе — на этом фоне регистрируются локальные максимумы, соответствующие 8 и 9 классам. Неудивительно поэтому, что полученная общая оценка «уровня наркотической готовности», подчиняется тем же

закономерностям (строка 9 таблицы 1). Различия достоверны во всех парах, за исключением пары 10-11 классы (строка 9 таблицы 2).

Структуру «уровня наркотической готовности» в каждой возрастной группе можно составить также на основании данных, представленных в таблице 3. В целом же, без различия возрастов (колонка 8 таблицы 1), тематические блоки образуют ряд в порядке возрастания адекватности данных подростками оценок.

Наименее адекватно оценивается возможность избавления от наркотической зависимости (+0,27±0,09 балла). Вызывает тревогу относительная привлекательность имиджа наркомана (+0,25±0,10 балла). Далее следуют: оценка влияния наркотиков на сексуальность (+0,12±0,10 балла), на семью, детей (-0,19±0,10 балла) и на собственное здоровье (-0,23±0,08 балла). Весьма адекватно оценивается влияние наркотиков на преуспевание в жизни (-0,52±0,09). Наконец, перспективу стать наркоманом для себя подавляющее большинство подростков считает абсолютно неприемлемой (-2,04±0,20 балла из -3,0 возможных). Необходимо однако отметить, что последний результат входит в противоречие с упомянутой выше относительной привлекательностью или, по крайней мере, нейтральным отношением к имиджу наркомана.

Особое внимание было уделено степени раз-

броса ответов подростков по каждому тематическому блоку и в каждом классе. Результаты этих исследований выражались через среднее квадратичное отклонение в баллах (Таблица 3).

Было установлено, что наибольший разброс мнений имеет место в возрастной группе, соответствующей 9 классу (дисперсия 1,00 балл), а наименьший — в возрастной группе, соответствующей 11 классу (дисперсия 0,70 балла). Такое же соотношение между 9 и 11 классом существует и по количеству достоверных различий между «уровнями наркотической готовности» в парах классов. Девятый класс фигурирует как обладатель максимального «уровня наркотической готовности» по разным тематическим блокам в 22 сочетаниях, а одиннадцатый класс, как обладатель минимального «уровня наркотической готовности» по тем же тематическим блокам в 21 сочетании (таблица 2).

Среди тематических блоков наибольший разброс мнений приходится на перспективную наркологическую самооценку (дисперсия 1,61 балла).

Таким образом, можно утверждать, что бытующие в среде школьников старших классов представления о наркотиках и наркоманиях, а также их возрастная динамика предопределяют наивысший риск приобщения к наркотикам у учащихся 7-9 классов.

Таблица 3

Дисперсия мнений учащихся 7-11 классов по вопросам, относящимся к различным компонентам «уровня наркотической готовности»

Классы	7	8	9	10	11	В среднем по блокам вопросов
Блоки вопросов	Дисперсия в баллах					
Самооценка информированности в проблеме наркоманий	0,98	1,00	0,94	1,01	0,89	0,96
Оценка влияния наркотиков на преуспевание в жизни	0,75	0,70	1,04	0,73	0,58	0,76
Оценка влияния наркотиков на сексуальность	0,74	0,75	0,85	0,85	0,72	0,78
Привлекательность имиджа наркомана	0,83	0,83	0,84	0,85	0,93	0,86
Оценка влияния наркотиков на здоровье	0,73	0,61	0,75	0,76	0,67	0,70
Оценка влияния наркотиков на семью (детей)	1,07	0,69	0,98	0,73	0,68	0,83
Оценка возможности избавления от наркозависимости	0,81	0,79	0,73	0,8	0,63	0,75
Перспективная наркосамооценка	1,69	1,42	2,29	1,74	0,93	1,61
Наркотическая готовность в целом	0,48	0,37	0,56	0,44	0,26	0,42
В среднем по классам	0,90	0,80	1,00	0,88	0,70	-

Но, риск приобщения к наркотикам определяется не только представлениями субъекта о них и о себе, но и реальными финансовыми возможностями, а также способностью действовать самостоятельно, независимо от родителей. Весомость этих последних двух обстоятельств, как представляется, неуклонно растет с возрастом. Исходя из этих рассуждений, можно попытаться назвать критический, с точки зрения риска приобщения к наркотикам, возраст более точно. Это возраст 13 — 15 лет, соответствующий 8-9 клас-

су средней школы. Положение усугубляется тем, что именно в этом возрасте в силу пубертатных особенностей чрезвычайно сильна реакция эмансипации по отношению к родителям, как никогда велико желание самоутвердиться, причем, не всегда адекватными способами [2-4].

Наибольшее внимание в профилактических программах должно уделяться формированию немодного, отталкивающего имиджа наркомана, а также реальным сложностям избавления от наркотической зависимости.

Е.Б.Первомайский, I.V.Линский, Т.В.Савкина

ОЦІНКА «РІВНЯ НАРКОТИЧНОЇ ГОТОВНОСТІ» У ПІДЛІТКІВ

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії, Україна

Описано анкетну методику, для оцінки серед підлітків балансу уявлень про наркоманію, що визначають ризик першої проби наркотиків. Для позначення такого балансу запропановано термін «рівень наркотичної готовності». Надаються рекомендації, щодо оптимізації процесу розробки та експлуатації антинаркотичних профілактичних програм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 93-97).

E.B. Pervomajsky, I.V. Linsky, T.V. Savkina

THE ESTIMATION OF «LEVEL OF DRUG READINESS» IN TEENAGERS

Ukrainian Scientific and Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry,
Ukraine

The method for estimation of balance images about drug addiction, which determine of the first drug intake risk in teenagers environment, has been describe. The term «level of drug readiness» for indication of this balance, has been propose. The article includes recommendations for optimization of process of elaboration and usage of antidrug prophylactic programms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 93-97).

Литература

1. Гричихин В.Г. Лекции по методике и технике социологических исследований.- М.: Изд.МГУ, 1988. с. 123-133.
2. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1985.

3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — М.: Медицина, 1985, с.416.

4. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. — М.: Изд. АПН РСФСР, 1956.

Поступила в редакцию 14.06.99г.

УДК 616.89-053.67

В.Д. Мишиев

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1, Украина

Ключевые слова: депрессии, организация помощи, эффективность, терапия, реабилитация.

Эффективность оказания медицинской помощи может рассматриваться в нескольких аспектах: собственно медицинском, социальном, экономическом и психологическом. Указанные составляющие эффективности являются взаимообусловленными и значимость каждой из них зависит от целей и задач на том или ином конкретном этапе лечения.

В психиатрической практике в силу особенностей психических расстройств и накопления среди значительной части пациентов данной группы инвалидизирующих факторов существенное значение приобретают социальный и экономический аспекты работы с пациентом [1,2,9].

Резервы эффективности в работе с хронически психически больными хорошо известны [3,7] и считается, что они состоят:

- в своевременности выписки больного из стационара по окончании терапии, т.е. в исключении случаев пребывания пациента на койке по социальным показаниям;

- в оказании больным своевременной эффективной амбулаторной помощи в случаях, не требующих активной медикаментозной терапии в стационаре;

- в фактическом динамическом ведении больного с выполнением специалистами внебольничной помощи мероприятий по вторичной профилактике рецидива, его раннему выявлению и ранней терапии;

- во внедрении в практику социо-реабилитационных программ, направленных на социализацию психического больного.

Наиболее «перспективной» категорией больных в плане поиска резервов эффективности оказания специализированной помощи являются больные с депрессивными расстройствами. Депрессии привлекают внимание специалистов не только широкой распространенностью в популяциях, но и представленностью синдрома фак-

тически при всех психических расстройствах [6,11]. «Перспективность» же депрессий состоит в относительно легком регистре проявления болезненности и, как это традиционно считается,* в отсутствии прогрессивности и дефицитарных личностных нарушений при данном расстройстве.

Целью настоящей работы была разработка модели ситуационного и оперативного управления лечебно-диагностическим процессом у больных с депрессивными расстройствами, а также изучение эффективности психореабилитационных программ в отношении указанных групп больных, получающих в последнее время все более широкое распространение.

Исследование проводилось на модели Киевской городской клинической психоневрологической больницы N 1. Для решения поставленных задач были разработаны граф-логические структуры, представленные по целям (обследование, диагностика, лечение, восстановление функций), по периодам (прием в стационар, стационарное лечение, реабилитация, выписка), по стадиям (предварительная, начальная, диагностическая, лечебно-восстановительная, заключительная), а также индивидуальные социально-реабилитационные карты пациентов. Общее количество обследованных пациентов составило 148 человек (102 женщины и 46 мужчин), средний возраст - 52.2 года. Основу выделенной группы составили больные с рекуррентной и биполярной депрессией (127 человек), а также больные с шизоаффективными депрессивными приступами без выраженных личностных изменений (9 больных) и больные с дистимией (12 человек). 26 больных прошли лечение по специальной социореабилитационной программе, ориентированной на больных с депрессивными заболеваниями.

Анализ организации лечебно-диагностического процесса для больных с депрессивными рас-

* Фактическая инвалидность среди больных с депрессивными расстройствами составляет около 17% [4,5]

стройствами выявил существенное негативное влияние на эффективность лечения отсутствия специализированного отделения депрессивных расстройств. В нашей больнице, как и в большинстве других психиатрических больницах Украины, депрессивные больные проходят стационарное лечение в условиях острых психотических отделений. Клинико-психопатологическое обследование 48 больных на различных этапах их пребывания в стационаре показало наличие у большинства из них (86%) негативных эмоций на факт совместного лечения с больными с грубой психотической симптоматикой и выраженными изменениями личности. Причем, в значительном числе случаев эмоциональная реакция сочеталась с клинически достоверным усилением симптоматики. Лишь у 5 больных с выраженными депрессивными идеями самообвинения в периоде активных клинических проявлений психоза трактовка пребывания в стационаре носила характер «заслуженной кары».

В соответствии с требованиями теории системы управления в разработанную и принятую практикой модель ситуационного и оперативного контроля нами для анализа эффективности специализированной помощи депрессивным больным в обязательном порядке вводились элементы стандарта объема и качества лечебно-диагностического процесса: внебольничное обследование и лечение, подготовка к госпитализации, прием больного в больничное учреждение, пребывание в клиническом отделении до осмотра лечащим врачом, осмотр заведующим отделением, программирование клинико-инструментальных и лабораторных исследований, консультации смежных специалистов, программирование интенсивного лечения и ухода, промежуточное лечение, долечивание, реабилитация, подготовка к выписке, оформление выписки, обратная связь с психоневрологическим диспансером. Фактическое клиническое ведение проанализированных нами больных почти в половине случаев не соответствовало объему указанных требований. Основными недостатками были: отсутствие обследований в необходимом объеме на догоспитальном этапе; отсутствие необходимого количества консультаций смежных специалистов в соответствии с учетом соматической заинтересованности депрессий и системогенезного подхода в терапии депрессивных расстройств; отсутствие программирования лечения с обязательным включением психокоррекционных программ; фактически полное отсутствие социо-реабилитационного аспекта ра-

боты с больным депрессией. В проэкспертированных историях в 21.9% случаев обследование проводилось неполноценно, а в 6.2% - неполноценно и несвоевременно. По нашим данным план обследования относительно «рассредоточенных» по различным отделениям больных с депрессивными расстройствами выполнялся в течение 3-х дней в 32.3% случаев, на 4-6 день - 32.3%, на 7-11 день в 16.2%, а после 12 дней пребывания в стационаре оставались на дообследовании - 17.7%.

Таким образом, за счет организационных решений в системе «заведующий отделением - лечащий врач - медицинская сестра» и стабилизации связей с лабораторно-клиническими подразделениями и функционально-диагностическими комплексами имеется реальная возможность более эффективного использования коечного фонда, в частности, в лечении депрессивных больных. Однако для этого нужны функционально-структурные преобразования, не требующие, по нашему мнению, дополнительных затрат, поскольку все это укладывается в рамки трансформации системы на новый качественно более высокий уровень, обусловленный введением компонентов, подавляющих количественные параметры функционирования больницы в настоящем периоде, т.е. речь идет лишь об доорганизации объекта управления.

Повсеместно имеются резервы совершенствования консультативной помощи в стационарах. По заключению экспертов [8,10] в консультациях (даже в условиях игнорирования системогенезного подхода) различных смежных специалистов нуждались 27.6% больных, в то время как назначались они в 15.5%, а фактически выполнялись в 13.7%.

При этом эффективность и качество консультаций, а также их организация и проведение не содержали принципов системности, поскольку лечащие врачи не достаточно осуществляли предконсультативную подготовку, отсутствовали согласованные и обоснованные медицинские аспекты консультирования и конкретные целевые установки на уровне заведующих отделениями. В процессе проведения консультаций в 70% случаев отсутствовали лечащие врачи. Что же касается плановых консультаций, то в рамках временной технологии они должны осуществляться в 1-й или во 2-й день. Консультации экстренные - в час назначения.

Используемые нами социо-реабилитационные модели состояли из психообразовательного компонента и структурированного семейно-

го подхода с акцентом на когнитивно-поведенческие техники. Известно, что культурный и образовательный уровень родственников и заинтересованная работа с семьями позволяют выявить основные проблемы пациента, а также находить пути эффективного снижения его эмоциональной вовлеченности в различные конфликты [8,12].

Основными базовыми принципами и философией модели работы с депрессивными больными были:

1. Депрессивные расстройства - заболевания, имеющие преимущественно биологическую природу, однако в возникновении, особенностях клинического оформления и эффективности лечения существенную роль играют личностные особенности больного.

2. С первых моментов заболевания депрессивной больной нуждается в активной психологической поддержке со стороны окружающих: медицинского персонала, родственников, членов семьи.

3. Психотерапевтическая и психореабилитационная работа с депрессивным больным строится с акцентом на открытости и партнерстве, с обсуждением перспектив лечения, постановкой целей, приоритетов, задач.

4. Важным компонентом социально-реабилитационной работы с депрессивным больным является работа среднего медицинского персонала. Группы поддержки медицинских сестер призваны оказывать помощь своим членам в преодолении чувства вины, депрессии; безопасность больного является приоритетом в деле сестринского ухода.

5. Психосоциальная семейная интервенция (работа с семьями депрессивных больных) - часть общей работы с депрессивным больным, состоящей также из медикаментозного лечения

и реабилитационного периода. Семейное лечение не заменяет традиционного лечения.

Вовлечение депрессивных больных в социореабилитационные программы являлось достоверно значимым фактором сокращения продолжительности лечения и формирования стойкой ремиссии. Причем степень эффективности была прямо пропорциональна срокам начала психокоррекционных и социо-реабилитационных программ.

Таким образом, организация специализированных отделений аффективной патологии и обоснование системной функционально-структурной модели управления на основе ведущих признаков организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса: последовательности, непрерывности и соответствующих элементов их дифференциации по степени интенсивности, лечения и ухода являются основным условием эффективной медицинской помощи депрессивным больными.

Существенным фактором, способствующим повышению эффективности оказания специализированной помощи может быть предложенный нами системогенезный подход в лечении депрессивных больных, а также разработанные на его основе стандарты лечения и реабилитации. Анализ эффективности проводимого лечения позволяет подтвердить мнение о том, что основным условием успешного лечения аффективных расстройств является своевременность и точность психофармакотерапии, учет и лечение сопутствующих соматических расстройств, а также активное использование социо-реабилитационных программ с учетом особенностей личности, особенностей течения заболевания и социально-психологической ситуации, в которой пребывает больной.

В.Д.Мишиев

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ ХВОРИХ

Київська міська психоневрологічна лікарня №1, Україна

Виявлені соціальні та економічні аспекти надання спеціалізованої допомоги депресивним хворим. Вивчена організація допомоги 148 хворим з депресіями різного генезу. Зроблено висновок про необхідність лікування в умовах спеціалізованих відділень афективної патології.

Показана можливість зниження рівню економічних витрат за рахунок скорочення досліджень, реалізації комплексного консультування, систематичного лікування. Змальована модель соціореабілітаційної програми, наголошено на необхідності раннього початку її реалізації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 98-101).

ANALYSIS OF EFFECTIVNESS OF DEPRESSIVE PATIENT'S TREATMENT AND REABILITATION

Kiyev City psychoneurological hospital №1, Ukraine

Social and economical aspects of specialized aid to the depressive patients are discovered. The conclusion about of treating in the conditions of special departments of affective disorders is carried out

The possibility of decreasing of economical expenditures by the shortening of examinations, by realization of complex consulting and by systematic treatment. The model of sociorehabilitational programm is shown and the necessity of its early beginning is underlined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 99-101).

Литература

1. Вертоградова О.П. Общие принципы терапии и прогноза депрессий. В кн.: Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. М. Медицина. - 1985. - С.5-107.
2. Войцех В. Ф. // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. - М., 1982. - С.52-54.
3. Гурович И.Я. Расстройства настроения: новые перспективы в лечении // Медицина для всех. - 1997. - N2. - С.28-30.
4. Мишиев В.Д. Распространенность и структура депрессивных расстройств в популяции г.Киева. В кн.: Материалы международной конференции психиатров. М., Медицина - 1998. - С.56-57.
5. Мишиев В.Д. Эндогенные депрессивные расстройства: проблематика, распространенность, некоторые клинико-психопатологические особенности // Украинський медичний часопис.-1998.-N.6/8.-С.38-44.
6. Напреенко А.К., Логановский К.Н. Экологическая психиатрия. Киев, Полиграфкнига. - 1997. - 96 с.
7. Пхиденко С.В. Депрессивные нарушения при психосоматической патологии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. N 1.- С. 82-84.
8. Ascher J.a., Cole J.O., Colin J.n. et al. Bupropion: A review of its mechnism of antidepressant activity 2 // 0 Journal of Clinical Psychiatry. - 1995.- 2 0Vol.56. - P. 395-401.
9. Byrne, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come 2 0// Jornal of the Royal Society of Medicine. - 1997.-Vol.90.- P.618-621.
10. Simon G.E. & VonKorff M. Recognition, management and outcomes of depression in pramary care. Archives of Family Medicine.-1995. - N 4. - 99-105.
11. Thomas C., Bartlett A. & Mezey G.C. The extent and effects of violence among psychiatric inpatients. Psychiatric Bulletin. - 1995. - N 19. - P. 600-604.
12. Wolff G., Pathare S., Craig T., et al. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people// British journal of Psychiatry. -1996.- V.168.-191-198.

Поступила в редакцию 23.05.99г.

УДК 616.895.8+616.89-008.1-056.83:575

*А.А. Двирский***КЛИНИКА ШИЗОФРЕНИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЕДИНИЧНЫМИ И ПОВТОРНЫМИ АЛКОГОЛЬНЫМИ ДЕЛИРИЯМИ**

Крымский медицинский университет, Симферополь, Украина

Ключевые слова: шизофрения, единичный и рецидивирующий алкогольный делирий, генетика.

В 10 публикациях, в которых описано 53 случая шизофрении в сочетании с алкогольным делирием [1], не обращалось внимание на повторные случаи этого алкогольного психоза. Вместе с тем отдельные исследователи отмечают неблагоприятные последствия повторных алкогольных психозов. Так E. Bleuler [2] подчеркивал: «Приступы белой горячки могут повторяться; один и тот же больной может в несколько лет проделать дюжину горячек и более. Однако эти неутомимые рецидивисты обычно впадают в порядочное слабоумие». Вместе с тем Q. Lundquist [3], В.В. Старейщиков и В.К. Хохлов [4], G Nordstom и M. Berglund [5] указывали на более благоприятное течение алкоголизма у лиц, пе-

ренесших delirium tremens, чем у больных с люцидным алкоголизмом.

Согласно данным одних авторов частота повторных алкогольных делириев составляет 6,0 — 12% [5,6,7], а по данным других исследователей — от 22,8% [8] до 36,0% [3,9,10]. При этом необходимо отметить, что эти данные, в большинстве исследований, основаны на малочисленных выборках больных.

В связи с изложенным основной целью работы явилось изучение соотношения форм и типов течения шизофрении, сочетающейся с единичными и повторными алкогольными делириями, а также определения возраста начала алкогольного и эндогенного психозов у этих больных.

Материал и методы исследования

На базе Крымских психиатрических больниц №1, №3, №5 и в Крымском республиканском психиатрическом диспансере выявлено 147 больных шизофренией в сочетании с алкогольным делирием, среди которых в 13 случаях обнаруживался также алкогольный галлюциноз (F1Ч.52) и в одном - алкогольный параноид (F1Ч.51). У 16 больных в клинической картине наблюдались онейроидные состояния. В число обследованных входило 115 мужчин и 32 женщины в возрасте от 22 до 73 лет. Возраст начала шизофрении составлял от 17 до 55 лет. Численность больных шизофренией в сочетании с единичными и повторными алкогольными делириями соответственно составляла 109 и 38 случаев. Среди больных шизофренией с повторными алкогольными психозами по два алкогольных делирия перенесли 30 больных, по три — 7 и восемь алкогольных делириев — 1 больной. Квалификация шизофрении, ее форм и типов течения, а также алкогольного делирия осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ-10 [16].

По формам шизофрении больные в сочетании с единичными и повторными алкогольными

делириями представлены соответственно так: простая (F20.6) — 1 и 2, параноидная (F20.0) — 108 и 35 больных. Кататоническая форма (F20.2) у больных шизофренией с единичными делириями не наблюдалась, а среди больных с повторными делириями выявлен 1 случай. По типам течения шизофрении эти больные распределились следующим образом: непрерывнотекущая (F20.Ч0) — 26 и 13, приступообразно-прогредиентная (шубообразная) (F20.Ч1) — 59 и 14, рекуррентная (F20.Ч3) — 24 и 11 случаев. В качестве контроля использовались данные о 310 больных шизофренией, куда входило 242 мужчин и 68 женщин, у которых не обнаруживалось сопутствующего алкоголизма.

При сопоставлении возраста проявления алкогольного делирия (F1Ч.40, F1Ч.41) у больных шизофренией контролем служили 2417 больных с алкогольным делирием, среди которых 2035 мужчин и 382 женщины. Соотношение мужчин и женщин в этой выборке больных с алкогольными психозами не отличалось от обследованных больных шизофренией. Повторные алкогольные делирии в контрольном контингенте наблю-

дались у 312 больных.

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 обсуждение

В группе 147 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, соотношение мужчин (78,2%) и женщин (21,8%) не отличалось от 2417 больных с алкогольным делирием, где эти величины составляли 84,2 и 15,8% ($P>0,3$). Среди этого контингента больных шизофренией рецидивирующие случаи алкогольного психоза наблюдались в 25,9% случаев, что в 2 раза чаще, чем у 2417 больных с белой горячкой в контрольных исследованиях (12,9%) ($P<0,001$).

Частота повторных алкогольных делириев у больных шизофренией превышает в 2,0-4,3 раза частоту проявлений этого алкогольного психоза у больных алкоголизмом, где эта величина по данным одних исследователей равна 6-12% [5,6,7]. В то же время частота рецидивирующих алкогольных делириев у больных шизофренией не отличалась от этой величины по данным других авторов, где она составляла от 22,8% [8] до 36,0% [3,9,10].

Средний возраст начала шизофрении у больных с единичными (I группа) и повторными (II группа) алкогольными делириями не отличался и соответственно составлял 34,9 и 35,1 лет ($P>0,3$). Не выявлено также отличий в среднем возрасте проявления первого алкогольного делирия в первой (36,6) и второй (34,7) группах больных шизофренией ($P>0,3$).

В анализируемых группах больных (табл. 1) частота простой (0,9 и 5,3%), параноидной (99,1

и 92,1%) форм не отличалась ($P>0,3$). Кататоническая форма в первой группе больных не наблюдалась, а во второй группе ее величина составляла 2,6% ($P>0,3$).

Распределение форм шизофрении у 147 больных основной группы (табл. 1) отличается от 310 больных шизофренией в контрольных исследованиях ($\chi^2=10,77$ при $k=2$, $P<0,01$). Это отличие происходит в результате того, что у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, частота параноидной формы (97,3%) увеличена на 8,6%, а частота простой (2,0%) и кататонической (0,7%) форм уменьшена в 4,1 и 4,6 раза по сравнению с больными шизофренией контрольной группы, где эти величины соответственно составляли 88,7, 8,1 и 3,2% ($P<0,05$).

Позитивная симптоматика у больных шизофренией в первой (99,1%) и второй (92,1%) группах встречалась с одинаковой частотой ($P>0,3$). В общем контингенте этих больных частота случаев с позитивной симптоматикой (97,3%) на 6,6% больше, чем в контрольных исследованиях (88,7%) ($P<0,001$). Увеличение частоты случаев с позитивной симптоматикой у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, обусловлено повышением уровня дофамина при шизофрении с продуктивной симптоматикой [17], а также при алкоголизме и алкогольном делирии [18].

Таблица 1

Соотношения форм шизофрении, сочетающейся с единичными и повторными алкогольными делириями, и в контрольных исследованиях

Формы шизофрении	Единичные			Повторные			Всего				Контрольная		
	N	%%	± m	N	%%	± m	N	%%	± m	N	%%	± m	
Простая	1	0,9	± 0,9	2	5,3	± 3,6	3	2,0	± 1,2**	25	8,1	± 1,5	
Параноидная	108	99,1	± 0,9	35	92,1	± 4,4	143	97,3	± 1,3***	275	88,7	± 1,8	
Кататоническая	0	0,0	± 0,0	1	2,6	± 2,5	1	0,7	± 0,6*	10	3,2	± 1,0	
Итого	109	100,0		38	100,0		147	100,0		310	100,0		

Таблица 2

Типы течения шизофрении, сочетающейся с единичными и повторными алкогольными делириями, и в контрольных исследованиях

Типы течения шизофрении	Единичные			Повторные			Всего				Контрольная		
	N	%%	± m	N	%%	± m	N	%%	± m	N	%%	± m	
Прогредивный	26	23,9	± 4,1	13	34,3	± 7,7	39	26,5	± 3,6***	132	42,6	± 2,8	
Шубообразный	59	54,1	± 4,8	14	36,8	± 7,8	73	49,7	± 4,1	149	48,1	± 2,8	
Рекуррентный	24	22,0	± 4,0	11	28,9	± 7,4	35	23,8	± 3,5***	29	9,3	± 1,7	
Итого	109	100,0		38	100,0		147	100,0		310	100,0		

Частота прогрессивного типа течения шизофрении (табл. 2) у 109 больных с единичными алкогольными делириями (23,9%) имеет тенденцию к уменьшению (на 10,4%) в сравнении с 38 больными шизофренией с рецидивирующими алкогольными делириями (34,3%). В анализируемых группах больных частота рекуррентного типа течения не отличалась и соответственно составляла 22,0 и 28,9% ($P>0,3$). Приступообразно-прогрессивный тип течения шизофрении у больных с единичными алкогольными делириями (54,1%) имеет тенденцию к увеличению (на 17,3%) в сравнении с больными с повторными алкогольными делириями (36,8%) ($P>0,1$).

В общем контингенте 147 больных шизофренией в сочетании с алкогольным делирием структура типов течения этого заболевания отличается от 310 больных шизофренией контрольной группы ($\chi^2=42,06$ при $k=2$, $P<0,001$). У этих больных шизофренией частота прогрессивного течения (26,5%) уменьшена в 1,6 раза, а рекуррентного течения (23,8%) увеличена в 2,5 раза в сравнении с контрольными исследованиями, в которых эти величины составляли 42,6 и 9,3% ($P<0,001$). Частота шубообразного течения в изучаемых группах больных не отличалась.

Онейроидные состояния в клинических проявлениях шизофрении в сочетании как с единичными (11,0%), так и с повторными делириями (10,5%) наблюдались с одинаковой частотой ($P>0,3$). В общем контингенте этих больных шизофренией онейроидные состояния (10,9%) встречались в 10,9 раз чаще, чем в контрольной группе (1,0%) ($P<0,001$).

Преобладание доброкачественного течения заболевания у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, связано с тем, что делириозное состояние, согласно утверждению Е. Краерелин [19], относится к легким синдромам. Алкоголизм у больных, перенесших алкогольный делирий, протекает более благоприятно, чем люцидный алкоголизм [3,4,5]. Кроме того у этих больных шизофренией онейроидные состояния (10,9%) встречались чаще, чем в контрольных исследованиях (1,0%). При этом ши-

зофрения в сочетании с онейроидными расстройствами протекает благоприятно [20].

В связи с тем, что шизофрения [15] и алкогольный делирий [13,14] относятся к мультифакториальным заболеваниям, следует считать, что генотипические особенности, связанные с присутствием генокомплекса алкогольного делирия, оказывают модифицирующее влияние на фенотипические проявления шизофрении как при ее сочетаниях с единичными, так и повторными алкогольными делириями. Это выражается в повышении частоты параноидной формы шизофрении и более благоприятном течении заболевания.

В патогенезе шизофрении важная роль отводится повышению уровня дофамина, что обусловлено увеличением количества D_2 рецепторов, которые характеризуются генетическим полиморфизмом и представлены генотипами A1A1, A1A2 и A2A2. У больных шизофренией, являющихся носителями генотипов A1A1 и A1A2 плотность дофаминовых рецепторов ниже, чем у больных с генотипом A2A2, у которых преобладает параноидная форма шизофрении [21,22]. При этом у носителей аллеля A1 обнаружена ассоциация между шизофренией и алкоголизмом [22]. Базируясь на этих молекулярно - генетических данных и учитывая, что в пределириозном и делириозном состояниях [18] и при параноидной форме шизофрении повышен уровень дофамина [21] следует полагать, что алкогольный делирий чаще будет проявляться у больных с генотипом A2A2.

Таким образом, частота повторных алкогольных делириев при шизофрении выше, чем в контрольных исследованиях. Соотношение форм и типов течения шизофрении, средний возраст начала этого эндогенного психоза, частота позитивной симптоматики и онейроидных состояний при шизофрении, сочетающейся с единичными и повторными алкогольными делириями не отличались. Алкогольный делирий, вне зависимости от его частоты, оказывает модифицирующее влияние на клинические проявления шизофрении, что выражается в преобладании параноидной формы заболевания и более благоприятном течении психоза.

КЛІНІКА ШИЗОФРЕНІЇ ПРИ ПОЄДНАННІ З ПОДИНОКИМИ І ПОВТОРНИМИ АЛКОГОЛЬНИМИ ДЕЛІРІЯМИ

Кримський медичний університет, Сімферополь, Україна

Серед 147 хворих на шизофренію, що поєднуються з алкогольним делірієм, підвищена частота повторних алкогольних деліріїв. У 109 хворих на шизофренію в поєднанні з поодинокими та у 38 хворих з повторними алкогольними деліріями співвідношення форм і типів перебігу захворювання, середній вік початку цього ендогенного психозу, частота позитивної симптоматики та онейроїдних станів, а також вік прояву алкогольного делірію не відрізнялися. Алкогольний делірій, незалежно від його частоти, справляє модифікуючий вплив на клінічні прояви шизофренії, що виражається в переважанні параноїдної форми захворювання і сприятливого перебігу психозу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 102-105).

A.A. Dvirsky

CLINICAL PICTURE OF SCHIZOPHRENIA COMBINED WITH SINGLE AND RECURRING DELIRIUM TREMENS

Crimean Medical State University, Ukraine

Among 147 patients suffered from schizophrenia combined with delirium tremens the frequency of recurring delirium tremens is increased. In 109 patients with schizophrenia in combination with single and in 38 patients with recurring delirium tremens the correlation of the forms and types of the disease course, middle age of the beginning of this endogenous psychosis, the frequency of the positive symptomatology and oneiroid states as well the age of manifestation of delirium tremens didn't differ, delirium tremens independent on its frequency has modifying influence on the clinical manifestation of schizophrenia that is marked in prevalence of paranoid form of the disease and favourable course of psychosis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 102-105).

Литература

1. Двирский А.А. Эволюция воззрений и клинко - генетический аспект шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием и другими алкогольными психозами //Журнал психиатрии и медицинской психологии. - №1. - 1999. - С. 110 - 116.
2. Bleuler E. Руководство по психиатрии: Пер. с дополн. по посл. 3 - му изд. д - ра А.С. Розенталя. - Изд - во т - ва «Врач», 1920. - 538с.
3. Lundquist G. Delirium tremens: A comparative study of pathogenesis, course and prognosis with delirium tremens //Acta psychiat. Scand. 1961. - V. 36. - P. 443 - 466.
4. Старейшиков В.В., Хохлов В.К. Степень прогрессивности алкоголизма и алкогольные психозы (по данным эпидемиологического исследования) //Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов. - М., 1986. - С. 156 - 158.
5. Nordstom G., Berglund M. Delirium tremens: A prospective long - term follow - up study //J. of studies on alcohol. - 1988. - Vol. 49. - №2. - P. 181 - 185.
6. Feuerlein W. Klinisch - Statistische Untersuchungen über die Entstehungsbedingungen und die Prognose des Alkoholdelirs: //Nervenarzt, 1967. - Н. 4. - S. 206 - 212.
7. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумский Н.Г. Металкогольные (алкогольные) психозы. Алкоголизм /Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. - С.225-307.
8. Крепелин Э. Учебник психиатрии: Пер. с 8 - го немецк. издания. М.: Изд - е А.А. Карцева, 1912. - Т. 2. - 478 с.
9. Левитин Л.В., Езриелев Г.И., Левитин А.Н. К эпидемиологии и структуре алкогольных психозов: //Журнал невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1971. - Т. 71. - №4. - С. 583 - 588.
10. Удальцова М. С. Повторные алкогольные психозы // Клинические проблемы алкоголизма. Л.: Медицина, 1974. - С. 74 - 112.
11. Magnan V. (Маньян В.) Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм. - (1874), М.: ТОО "Закат", 1995. - 426 с.
12. Ковалевский П.И. Первичное помешательство. - Харьков: Тип. М. Зильберга, 1881. - 227 с.
13. Gross M.M., Lewis E., Hastey J. Acute alkohol with dramal syndrome //The biology of alcoholism /Kissen B., Begleiter B. (Eds.) - New - York: Plenum Press, 1974. - Vol 3. - P. 191 - 263.
14. Lishman W.A. Organic psychiatry: The psychological consequences Of cerebral disorder //Blackwell scientific publns - Boston: Mass, 1978. - P. 707 - 712.
15. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. - М.: Мир.- 1990.- Т. 2.- 378 с.
16. Международная классификация болезней (10 - й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - ВОЗ. СПб, «АДИС» 1994. - 300с
17. Crow T. A current view of the type II syndrome: Age of onset, intellectual impairment and the meaning of structural changes in the brain //Brit. J. Psychiat. - 1989. - Vol. 155. - Suppl. 7. - P. 15 - 20.
18. Fahkle C., Hard E., Eriksson C. Amphetamine - induced hyperactivity: difference between rats with high or low preferenol for alcohol. //Alcoholism: Clin and Exp Res, Vol. 89. - №11. - P. 1471 - 1475.
19. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins, //Z. ges. Neurol. Psychiatr. 1920. - Bd. 62. - №1. - S. 1 - 29.
20. Стоянов С.Т. Онейроидный синдром в течении периодической шизофрении. - София: Медицина и физкультура, 1968. - 242с.
21. Willner P. The dopamine hypothesis of schizophrenia: current status, future prospects //Int. Clin. Psychopharmacol. 1997. - №12(6) - P. 297 - 308.
22. Голимбет В.Е., Аксенова М.Г., Абрамова Л.И. и др., Ассоциация аллельного полиморфизма дофаминового рецептора DRD2 с психическими заболеваниями шизофренического спектра и аффективными расстройствами //Журнал неврол. и психиатр. 1998. - №12. - С. 32 - 35.

Поступила в редакцию 13.04.99г.

А.Е. Табачников

ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ К УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ НОВОГО ТИПА

Донецкая государственная академия управления, Украина

Ключевые слова: психогигиена, школы нового типа, пограничные психические расстройства, подростки

Среди основных стратегических заданий развития средней школы, определенных Государственной национальной программой «Освіта. Україна ХХІ століття» [1], называется внедрение системы вариантного обучения соответственно потребностям и возможностям учеников. Одной из основных форм реализации этой цели является создание школ нового типа (ШНТ) - гимназий, лицеев, колледжей и т.д. Они должны стать, как отмечается в Программе, «экспериментальными площадками апробации нового содержания и новых технологий обучения». В последнее время число таких учебных заведений в Украине ежегодно возрастает примерно на треть [2]. Работа ШНТ уже дала, по оценкам многих специалистов, не только высокие практические результаты, но и ценнейший теоретический материал. Вместе с тем, учебные заведения нового типа столкнулись с рядом серьезных проблем, в том числе и медико-психологического характера. Это связано с неоправданной интенсификацией учебного

процесса, значительным увеличением информационного потока, повышенным уровнем требований к учащимся, проблемами отбора в ШНТ, своеобразной конкуренцией между учениками, которые в большинстве своем были лидерами в тех школах, где раньше учились, и т.д. [3]. Отмечается, что при переходе ребенка из школы в лицей или гимназию уже привычные формы деятельности уступают место новым. В результате, даже для творчески одаренных детей, адаптация не всегда проходит без осложнений [4,5]. Отдельные исследования показывают, что 15-20% учеников при переходе в новое учебное заведение имеют различные социально-психологические проблемы (принятие новой роли и др.) [6].

С целью создания программы медико-психологической адаптации учащихся к школе нового типа нами проведено исследование распространенности и факторов риска пограничных психических расстройств у учащихся Донецкого технического колледжа [7].

Материал и методы исследования

Проведено клинко-эпидемиологическое и психологическое обследование 223 учащихся Донецкого технического колледжа (ДТК), в том числе 79 девятиклассников, 75 десятиклассников и 69 учащихся 11-х классов. По результатам обследования школьников разделили на три группы: здоровые, лица с начальными проявлениями пограничных психических расстройств (ППР), больные ППР. Работа выполнялась с помощью специально разработанной карты, включавшей 150 учетных признаков. Часть из них представляла собой потенциальные бытовые, учебные,

биологические и личностные факторы риска возникновения пограничных психических расстройств. На основании полученных данных рассчитывались сила фактора (К), указывающая насколько его наличие повышает вероятность заболеть ППР, а также интегральные коэффициенты, характеризующие влияние каждого фактора на распространенность ППР у обследованного контингента в целом [8]. Сумма интегральных коэффициентов принималась за 100 баллов и, исходя из этого, вычислялся удельный вес каждого фактора.

Результаты исследования

Клинически очерченные формы пограничных психических расстройств выявлены у 18,4% об-

следованных школьников. В то же время, у учащихся девятых классов этот показатель соста-

вил 22,8%, у десятиклассников - 17,3%, минимальная распространенность выявлена у одиннадцатиклассников - 14,5%. Различия между тремя указанными группами могут указывать, во-первых, на сложность периода адаптации к условиям школы нового типа, и, во-вторых, на благотворное влияние этих условий на психическое здоровье одаренных подростков. В целом, полученные данные свидетельствуют об актуальности изучаемой проблемы и необходимости объединения усилий врачей, психологов, педагогов и администрации школ нового типа для ее решения.

Анализ факторов риска возникновения ППР показал, что наиболее значимыми оказались учебные факторы - 62,3%, в том числе учебно-психологические - 47,8%, организационные - 14,5%. Существенно ниже оказалась степень влияния бытовых факторов - 15,5% (социально-демографические факторы - 6,8%, семейно-психологические - 8,7%). Доля влияния биологических факторов составила 12,7% балла, а личностных - 9,5%.

Максимальные значения коэффициента К отмечаются при большом числе нелюбимых предметов (11,2), низкой степени удовлетворенности отношениями с педагогами (9,4), низкой привлекательности избранной профессии (9,4), трудностях привыкания к коллежу (9,4). Таким образом, при отсутствии интереса к обучению существенно возрастает угроза дезадаптации учащихся. Если у здоровых школьников соотношение числа любимых и нелюбимых дисциплин в коллеже составляет, в среднем, 2,18, то у подростков с начальными проявлениями ППР - 1,79, а среди больных ППР - 1,50. При этом, если в прежней школе более сильным психотравмирующим фактором были отношения со сверстниками, то в коллеже - отношения с учителями, что указывает на необходимость включения в комплекс психогигиенических мероприятий в качестве отдельного раздела работы психологического просвещения педагогов.

Тот факт, что практически каждый пятый школьник с ППР отмечает низкую удовлетворенность отношениями с одноклассниками, придает особую важность коррекции психологического климата в учебном коллективе.

Наибольший риск заболеть ППР имеют учащиеся, употребляющие алкоголь чаще одного раза в месяц ($K = 4,4$) и страдающие хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта ($K=3,1$), а также имеющие наследственную отягощенность по психическим и психосо-

матическим расстройствам ($K=3,0$). Последний фактор имеет высокие показатели распространенности - 36,8% учащихся третьей группы. Полученные данные говорят о важности своевременной санации школьников с патологией ЖКТ, необходимости усиления антиалкогольной пропаганды и особого внимания к подросткам с неблагоприятной наследственностью.

Среди личностных факторов наибольшее значение коэффициента К зафиксировано при низких показателях зрительной памяти (5,2). Вероятно, именно этот недостаток вызывает наибольшую дезадаптацию школьников в ходе учебного процесса. Максимальную распространенность среди подростков третьей группы имели факторы низких и средних показателей невербального интеллекта, т.е. именно тех способностей, которые необходимы для успешного обучения в техническом коллеже. Это говорит, с одной стороны, о важности учета этого фактора при приеме в ДТК и внедрения специальных программ по его развитию у учащихся, а с другой - о лучшей адаптированности к условиям школы нового типа одаренных детей.

Анализ полученных нами данных лег в основу системы психопрофилактических мероприятий по охране и укреплению психического здоровья учащихся школы нового типа. Учитывая то, что максимальная распространенность ППР обнаружена у учащихся девятого классов, особое внимание при разработке этой системы было обращено именно на эту категорию школьников. При этом перед медико-психологической службой были поставлены следующие задачи:

- максимально облегчить и ускорить адаптацию к новым условиям учебы;
- создать в классах благоприятный социально-психологический климат;
- способствовать творческому и социальному развитию подростков.

Для решения этих задач МПС действовала по следующему алгоритму:

1. На стадии приема в коллеж в комплексе экзаменационных испытаний проводилось психологическое тестирование, результаты которого учитывались при решении вопроса о зачислении в ДТК.

2. В первые дни и недели учебного года МПС принимала участие в мероприятиях по учебной и психологической адаптации девятиклассников. Они включали «мягкое» вхождение в условия повышенной нагрузки, стимуляцию познавательной активности на уроках и факультативах, активизацию и коррекцию групповых процессов

(развития внутренней структуры в классах, формирования социально положительных норм и ценностей, гордости за принадлежность к группе и т.д.), интеграции школьников во внеучебную активность в ДТК и т.д. Значимость этой работы, в частности, определяется тем, что выраженные трудности адаптации отмечали 24,4% подростков с ППР и лишь 10,4% здоровых. В качестве примера такого рода мероприятий могут служить проводимая во всех девятых классах первого сентября игра «Старт» и выборы Президентского совета коллежа.

3. К концу первого семестра завершалось проведение комплексного психологического тестирования учащихся. Оно, как отмечалось, включало изучение личностных особенностей, интересов, склонностей и специальных способностей, когнитивных процессов. Результаты обсуждались с куратором и с самими учащимися.

4. В это же время проводилось комплексное исследование соматического и психического здоровья учащихся, проводится социометрическое обследование в классах, а также собирались мнения педагогов о личных качествах учащихся.

5. В начале второго семестра вся указанная информация, наряду с итоговыми оценками за первый семестр обрабатывалась и представлялась на медико-психолого-педаго-

гический консилиум.

6. По рекомендациям консилиума кураторы классов совместно с сотрудниками медико-психологической службы составляли программы индивидуального развития учащихся, сами школьники - программы саморазвития.

7. Выполнение программ осуществлялось в следующих формах: самовоспитание, педагогическое воздействие, индивидуальная и групповая психокоррекционная работа и др.

8. К концу второго семестра проводился анализ выполнения программ на основе таких показателей, как оценка учителей («Карта учащегося ДТК» и результаты успеваемости), оценка куратора, самооценка и оценка психотерапевта и психолога.

В результате внедрения системы психопрофилактических мероприятий в течение двух лет распространенность клинически очерченных форм ППР в ДТК снизилась с 18,4 до 12,3%. Одним из факторов, обеспечивших это снижение, стало раннее выявление состояний дезадаптации в ходе профилактических осмотров и при активном обращении в медико-психологическую службу коллежа. В то же время, удельный вес учащихся, отмечающих высокую удовлетворенность обучением в коллеже, вырос с 61,4% до 79,8%.

Табачников О.Ю.

ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ДО УМОВ НАВЧАННЯ У ШКОЛІ НОВОГО ТИПУ

Донецька державна академія управління, Україна

Досліджено за допомогою спеціально розробленої карти особливості розповсюдження та фактори ризику формування суміжних психічних розладів (СПР) у підлітків, що навчаються у школах нового типу (ШНТ). Клінічні форми СПР діагностовано у 18,4% обстежених. Найвищі показники поширеності СПР встановлено в учнів дев'ятих класів - 22,8%, що свідчить про особливу складність періоду адаптації до умов ШНТ. Аналіз факторів ризику виникнення СПР дозволив довести провідну роль у їхній етіології учбово-психологічних чинників - 62,3 бала за 100-бальною системою. Враховуючи на актуальність проблеми охорони психічного здоров'я учнів ШНТ створено та впроваджено систему комплексних заходів профілактики СПР у цього контингенту. Особливе місце в цій системі займає робота з дев'ятикласниками, що мала за мету створення сприятливих умов для ефективної адаптації новачків до умов ШНТ. У статті викладено основні елементи системи психогігієнічних заходів та результати її впровадження у Донецькому технічному колежі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 106-109).

Tabachnikov A. E.

PROGRAM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF ADOLESCENTS TO EDUCATION IN NEW-TYPE SCHOOL PUPILS

Donetsk State Academy of Managment, Ukraine

Data about prevalence of borderline psychic disorders in adolescents, that study at new-type schools (NTS), where different forms of acceleration and enrichment of educational process are used, have been studied. Obtained results were used in psychoprophylactic and psychotherapeutic work at school. Special attention was paid to 9th form pupils (1st year of education at NTS) because of high prevalence of adaptation problems. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 106-109).

Литература

1. Государственная национальная программа «Освіта. Україна ХХІ століття» .- Киев, 1993.
2. Мороз О.Г. Про завдання навчально-виховних закладів нового типу у формуванні інтелекту держави // Всеукр. науково-практ. конф. з проблем роботи середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів нового типу: Тези доповідей. - К., 1994.- С. 62-67.
3. Гетьман Е.И., Марченко В.И., Розанцев Г.Н., Ткаченко Т.В. Психологические нагрузки учащихся при новых формах обучения // Психічне здоров'я вчителів та учнів: Сб. матер. міжрег. конф. «Психологічна наука і сучасний заклад народної освіти». - Ч.3.- Запоріжжя, 1994.- С.75.
4. Гребняк Н.П., Машинистов В.В., Смоленская И.Я. Современные тенденции организации учебных занятий в лицеях // Актуальные проблемы гигиены детей и подростков. - Харьков, 1995.- С. 48-49.
5. Гребняк Н.П., Тарапата Н.И. и др. Гигиенические аспекты обучения в общеобразовательных учебных заведениях нового типа // Архив клинической и экспериментальной медицины, 1994, Т.3., ?2.- С. 174-177.
6. Головченко А.Ф. Роль психологічної служби у забезпеченні психічного здоров'я учнів, вчителів та адміністрації гімназії // Психічне здоров'я вчителів та учнів: Матеріали міжрег. конф. «Психологічна наука і сучасний заклад народної освіти». - Ч.3.- Запоріжжя, 1994.- С.80-82.
7. Табачников А.Е. Охрана психического здоровья учащихся и проблема адаптации к условиям нового типа / / Вестник проблем биологии и медицины. -1999. -№3. - С.86-89.
8. Табачников А.Е. Условия формирования пограничных психических расстройств у учащихся школ нового типа // Российский психиатрический журнал. - 1998. - №1. - С.36-39.

Поступила в редакцию 4.03.99г.

УДК 612.825:612.014.46 1:621.821

*А.Н. Талалаенко, Д.В. Гордиенко, С.А. Воздиган, В.Ю. Панфилов, О.П. Маркова***ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ МОНОАМИН- И АМИНОКИСЛОТЕРГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЛАТЕРАЛЬНОГО ЯДРА ПЕРЕГОРОДКИ В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ТРЕВОГИ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: тревога, химическая стимуляция, нейронные механизмы

Недавно показано, что повышающие чувствительность ГАМК_A рецепторов к тормозному влиянию ГАМК бензодиазепиновые транквилизаторы, вводимые в латеральную септальную зону и миндалевидный комплекс, неоднзначно подавляют реакции страха у крыс в разных тестах тревоги [4]. Однако, если миндалина является одним из морфофункциональных субстратов регуляции тревожных состояний [1], то вопрос о роли латерального ядра септум, как «нейронной матрицы тревоги», осуществляющего, как известно, конвергенцию и акцепцию разномодальной биологической информации таким же плотным моноамин- и аминокислотергическим синаптическим притоком [3] остается не изученным.

Вышеизложенное послужило предпосылкой к проведению экспериментов с непосредственным введением в латеральное ядро перегородки ГАМК глутаминовой кислоты (L-ГК), серотонина (5-ОТ), дофамина (ДА), а также ряда их агонистов и антагонистов для оценки функциональной значимости исследуемых медиаторных механизмов в генезе различных тревожных состояний.

Опыты выполнены на 43 половозрелых беспородных крысах-самцах, весом 250±70г в специальной камере, состоящей из освещенного лампы (200вт) светлого отсека, сообщающегося с ним с помощью норки (находящейся на высоте 6см от пола) темного отсека и отделенной от последнего прозрачной перегородкой отсека для крыс — «жертв». Состояние тревоги оценивали на животных с предварительно выработанным рефлексом избегания освещенного пространства (тест набегания «освещенной площадки») и рефлексом избегания крысой — «зрителем» светлого отсека на фоне болевого раздражения 16 используемых в экспериментальных сериях крыс — «жертв» (тест избегания «угрожающей ситуации»). В качестве болевого воз-

действия применяли электрический ток 60В, отключаемый автоматически при перебежке крысы — «зрителя» на вмонтированную в пол темного отсека специальную платформу. По достижении стойкого рефлекса избегания 27 животным под эфирным наркозом вживляли в латеральное ядро перегородки по стереотаксическим координатам (AP-1,0; L0,5; H 4,8) хемотроды, через которые с помощью микроинъекционной системы вводили 1 мкл 0,5-5% растворов ДА; ГАМК, L-ГК, 5-ОТ (серотонина-креатинина сульфата), -адрено-, D₁ и D₂-дофаминомиметиков (клофелина, апоморфина), ГАМК_A-адрено- и D₂-дофаминоблокаторов (пикротоксина, йохимбина, сульпирида) в диапазоне доз 5-50мкг. Ежедневно в течение трех-четырех дней, предшествующих эксперименту, проводили тестирование сохранности выработанных навыков. В дальнейших исследованиях использовались крысы, латентное время реакции избегания которых составляло 2-3сек. (тест «освещенной площадки») или 1-2 сек. (тест «угрожающей ситуации»). В день опыта цикл исследований включал обе модели поведения. Животные помещались в экспериментальную установку двукратно с интервалом 60мин.: вначале регистрировали фоновые показатели обоих состояний тревоги, а затем их изменения в ответ на внутримозговые введения через 55 мин. исследуемых средств медиаторного действия. Спустя 5 мин. с помощью регистрирующего устройства экспериментальной установки, также как и ранее [1], исследовали наличие анксиолитического или анксиогенного действия. Каждый опыт, где выявлялось антиaversивное действие используемых синаптотропных средств, завершали тестированием животных на наличие или отсутствие мышечнорасслабляющего действия по их способности удерживаться на вращающемся стержне. На двух моделях реакции избегания проведено 20 серий экспериментов, интервал между которыми состав-

лял 4-7 дней. Всем обученным крысам произведено 100 микроинъекций (девяти -по 2, восьми -по 4 и десяти — по 5) исследуемых аминокислот, моноаминов, имитаторов их эффектов и блокаторов специфических рецепторов веществ медиаторного действия, которые вводились в каждом цикле исследований 10 отобранным для двух моделей эксперимента крысам. Повторное введение этих средств на одном и том же животном не осуществлялось. В контрольных опытах (две группы по 5 крыс с выработанным на основе неоднозначного

аверсивного воздействия рефлексом избегания) вводили в латеральное ядро перегородки 1 мкл 0,9% раствора хлорида натрия. Результаты исследования обрабатывали на компьютере IBM PC AT в пакете «Stadia» с расчетом непараметрических критериев Вилконсона, Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова. После завершения экспериментов эвтаназию животных осуществляли под эфирным наркозом. Морфологическое уточнение местоположения кончиков хемотродов выявило нахождение их в латеральной септальной зоне.

Таблица 1

Влияние медиаторного действия, их агонистов и антагонистов веществ ($M \pm m$), вводимых в латеральное ядро перегородки, на тревожные состояния в тестах избегания «освещенной площадки» (числитель) и «угрожающей ситуации» (знаменатель)

Вещества	Доза, мкг	Время нахождения крыс в светлом отсеке, с	Двигательная активность (число пересеченных квадратов пола в светлом отсеке)	Интенсивность мотивации достижения крысами темного отсека (усл.ед.)
Раствор (0,9%) (контроль)	1 мкг	$\frac{3,4 \pm 0,25}{2,0 \pm 0,32}$	$\frac{5,4 \pm 0,25}{5,0 \pm 0,32}$	$\frac{0,32 \pm 0,03}{0,28 \pm 0,03}$
Дофамин	10	$\frac{6,0 \pm 0,63^*}{2,2 \pm 0,49}$	$\frac{5,8 \pm 0,34}{5,0 \pm 0,32}$	$\frac{0,32 \pm 0,03}{0,29 \pm 0,03}$
Серотонин	20	$\frac{3,8 \pm 0,37}{4,6 \pm 0,40^*}$	$\frac{5,6 \pm 0,25}{5,4 \pm 0,40}$	$\frac{0,30 \pm 0,03}{0,31 \pm 0,02}$
ГАМК	10	$\frac{5,6 \pm 0,60^*}{2,4 \pm 0,40}$	$\frac{5,6 \pm 0,40}{5,2 \pm 0,37}$	$\frac{0,33 \pm 0,04}{0,29 \pm 0,03}$
Глутаминовая кислота	10	$\frac{3,6 \pm 0,51}{4,6 \pm 0,51^*}$	$\frac{5,6 \pm 0,25}{5,4 \pm 0,40}$	$\frac{0,33 \pm 0,04}{0,29 \pm 0,04}$
Апоморфин	10	$\frac{6,4 \pm 0,51^*}{2,8 \pm 0,58}$	$\frac{5,8 \pm 0,37}{5,2 \pm 0,37}$	$\frac{0,32 \pm 0,04}{0,29 \pm 0,03}$
Сульпирид	25	$\frac{3,6 \pm 0,51}{2,4 \pm 0,40}$	$\frac{5,6 \pm 0,25}{5,0 \pm 0,32}$	$\frac{0,32 \pm 0,05}{0,30 \pm 0,06}$
	50	$\frac{1,8 \pm 0,37^*}{2,60,51}$	$\frac{5,2 \pm 0,20}{5,2 \pm 0,37}$	$\frac{0,48 \pm 0,04^*}{0,29 \pm 0,03}$
Клофелин	5	$\frac{5,2 \pm 0,37^*}{2,6 \pm 0,25}$	$\frac{5,4 \pm 0,25}{2,6 \pm 0,25}$	$\frac{0,33 \pm 0,04}{0,29 \pm 0,02}$
Иохимбин	10	$\frac{2,2 \pm 0,20^*}{2,8 \pm 0,58}$	$\frac{5,2 \pm 0,20}{5,2 \pm 0,37}$	$\frac{0,46 \pm 0,03^*}{0,31 \pm 0,06}$
Пикртоксин	5	$\frac{2,0 \pm 0,32^*}{2,6 \pm 0,51}$	$\frac{5,2 \pm 0,20}{5,0 \pm 0,32}$	$\frac{0,49 \pm 0,03^*}{0,30 \pm 0,04}$

* - величины, статистически достоверно отличающиеся от контроля ($p < 0.05$). Каждая серия опытов выполнена на 5 животных. Мышечнорасслабляющее действие, выраженное относительным числом животных (%), соскользнувших с вращающегося стержня, составляет 0.

Как видно из таблицы в модели избегания «освещенной площадки» микроинъекция 5-ОТ и L-ГК в латеральную перегородку не эффективна, а модуляция катехоламин- и ГАМК-ергической синаптической передачи локальным введением в нее ГАМК, ДА, его агониста апоморфина, либо «запирающего» высвобождение норадреналина (НА) из катехоламинергических терминалей пресинаптического -адреномиметика клофелина не влияет на мышечный тонус и двигательную активность крыс, но противодействует тревожному состоянию, вызывая существенное увеличение времени нахождения крыс в светлом отсеке. Напротив, в этом же поведенческом тесте дефицит ДА-, ГАМК-, либо усиление восходящих НА-ергических влияний, достигаемых соответственно блокадой D_2 -дофаминовых, ГАМК_A и пресинаптических -адренорецепторов сульпиридом, пикротоксином и йохимбином (таблица), вводимыми в латеральное ядро перегородки, сопровождается анксиогенным эффектом, проявляющимся существенным ($p < 0,05$) укорочением времени нахождения экспериментальных животных в светлом отсеке и возрастанием интенсивности мотивации достижения крысами темной камеры. Эти результаты позволяют заключить, что в тесте избегания «освещенной площадки», формируемом на основе мотивации страха [1], нейронная матрица тревоги опосредует аверсивные воздействия включением не 5-ОТ и глутамат-, а функционально неоднозначных в отрицательных эмоционально-стрессовых состояниях катехоламин- и ГАМК-ергических медиаторных механизмов латеральной септальной

зоны. Высказанное соображение имеет аналогию с исследованиями, в которых достигаемыми введением мусцимола в это образование мозга избыток ГАМК-ергических тормозных влияний ухудшает выполнение аверсивно мотивированных задач на избегание, подавляя страх [2].

В ситуации свободного выбора крысами светлой и темной камеры микроинъекция в латеральную септальную зону исследованных веществ медиаторного действия, их агонистов или антагонистов не влияет, а химическая стимуляция ее L — ГК и 5-ОТ, не вызывая моторного дефицита исполнения навыка (таблица), эффективно противодействует тревожному состоянию в реакции избегания «угрожающей ситуации». Эти данные свидетельствуют о том, что нейронная матрица тревоги, формируемая аверсивным воздействием с модальностью зоосоциально-стрессового знака [1] вовлекает не катехоламин- и ГАМК-, а глутамат и 5-ОТ-ергические медиаторные механизмы нейронных цепей латерального ядра перегородки. Такой вывод подтверждается выявлением антиаверсивного компонента в сложных поведенческих тестах зоосоциального взаимодействия, индуцированного химической стимуляцией вентралатеральных отделов стриатума 5-ОТ и агонистами его рецепторов [5] и свидетельствует о том, что реализация генотипов разномодальных эмоционально-стрессовых реакций может обеспечиваться функционально неоднозначным нейрохимическим профилем нейронных матриц латерального ядра перегородки.

Литература

1. Талалаенко А.Н., Кривобок Г.К., Бабий Ю.В. и др. Нейрохимические механизмы центрального ядра миндалевидного комплекса и анксиолитическое действие транквилизаторов в различных моделях тревожных состояний // Журн. высш. нервн. деят. 1994. Т. 44. N 6. С. 1116.
2. Nagahara A., Brioni J., Mc Gaugh J. Effects of intraseptal infusion of muscimol on inhibitory avoidance and spatial learning differential effects of pretraining and posttraining administration // Psychobiology. 1992. U.20. N3. P.198.

3. Onteniente B., Simon H., Taghzouti K. et al. Dopamine-GABA interactions in the nucleus accumbens and lateral septum of the rat // Brain Res. 1987. U.421. N 1-2. P. 391.
4. Pesold C., Treit D. The septum and amygdala differentially mediate the anxiolytic effects of benzodiazepines // Brain Res. 1994. U.638. N 1-2. P. 295.
5. Plaznik K.A., Kotowski W., Stefanski R. Limbic mechanisms of anxiolytic acting on 5-HT receptors // Pol. J. Pharmacol. 1994. U.46. N 5. P. 473.

Поступила в редакцию 16.09.98г.

УДК 616.89-082

*И.В.Абрамова***РЕГРЕСС ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНСТИТУЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.**

Донецкая областная психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: шизофренический дефект, госпитализм

Клинико-эпидемиологические исследования, проведенные в большинстве больниц Донецкой области, свидетельствуют о том, что 40-50% пациентов общепсихиатрических отделений это т.н. «долгосрочные» пациенты с выраженными изменениями личности и социальной дезадаптацией. Контингент этих больных представляет значительные трудности в решении вопросов их социальной реабилитации и улучшения качества жизни. Главной причиной этих трудностей, как правило, является нарастание дефицитарной симптоматики и разнообразные проявления регресса личности [1,5].

К сожалению, до настоящего времени довольно распространенное понятие «дефект личности», характерное для процессуальных за-

болеваний, не стало предметом научного анализа. Окончательно не выяснена природа этого состояния, в частности, соотношение биологических и социальных факторов в его возникновении. Определенные сложности в практической деятельности возникают при попытке описать структурные особенности дефекта личности, оценить его генерализованность и глубину[4].

В течение длительного времени существует необходимость оценить влияние на качество жизни пациентов длительного пребывания их в условиях изоляции и углубить представления о роли современной больничной среды в снижении психических и социальных возможностей больного [6].

Материал и методы исследования

Целью настоящего исследования явилось многофакторное изучение структуры и тяжести регресса личности у больных шизофренией, а также уточнение роли госпитализма в его формировании.

Было обследовано 50 человек, страдающих параноидной шизофренией с различными типами течения. Исследование проводилось с помощью русской версии шкалы SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms). SANS – одна из наиболее используемых клинических шкал, предназначенных для оценки негативных расстройств при шизофрении [2,3,7]. Использував-

шийся вариант имел 10 пунктов (симптомов), которые объединены в 5 субшкал: 1 эмоциональное уплощение, 2 алогия, 3 апатия- абулия, 4 агедония, 5 патология внимания.

Оценка выраженности симптома проводилась по шестибальной системе от 0 до 5. Процедура использования шкалы предусмотрен дополнительный пункт, оценивающий общую тяжесть негативных расстройств с помощью суммирования значений оценок по всем пунктам шкалы. Продолжительность обследования одного больного составляет от 25 до 40 минут.

Результаты исследования и обсуждение

В числе обследованных оказалось 25 мужчин и 25 женщин в возрасте до 50 лет. По образовательному уровню исследованные больные распределились следующим образом: большинство больных (40 человек) имели среднее или среднее- специальное образование, 4 человека — неполное среднее, 6 человек – высшее образование. Большинство больных к моменту пос-

леднего стационарирования ни разу не состояло в браке (30 человек), 13 человек разведены, и только 7 человек имели семьи. Явную психопатологически наследственную отягощенность удалось проследить у 37 больных(74%), причем в этих случаях близкие или дальние родственники опрошенных страдали шизофренией и лечились у психиатров.

У 24 больных период начала заболевания приходился на возраст до 20 лет, а у 20 – на период 20-30 лет, у 6 – после 30 лет.

Непрерывный тип течения заболевания наблюдался у 43 человек, приступообразный у 7 человек. 90% больных страдает шизофренией более 5 лет. 86% имеют 2 группу инвалидности (43 человека), у 14% трудоспособность сохранена (7 человек).

У всех больных при клиническом исследовании выявлены более или менее выраженные признаки дефекта личности, которые традиционно рассматривались в структуре апато-абулического синдрома. Такая клиническая однородность в описании личностных изменений при шизофрении существенно затрудняет возможность объективной оценки реабилитационного потенциала больных.

Проведенное обследование позволило конкретизировать различные структурные компоненты дефекта личности у больных шизофренией:

28% в структуре дефекта занимает агедония, т.е. сокращение интереса к деятельности, хобби, сексуальной жизни; неспособность установления как близких интимных отношений, так и дружеских;

26% приходится на эмоциональное уплощение, которое включает в себя в различной степени выраженные: застывшее выражение лица, уменьшение спонтанных движений, бедность контакта взглядом, монотонный голос, отсутствие эмоционального резонанса;

20% занимает апатия-абулия, при наличии этого компонента больные не обращают внимания на свой внешний вид, испытывают трудности в устройстве на работу и ее сохранении, становятся пассивными в социальной жизни;

18% занимает алогия: в разной степени выраженные бедность содержания высказываний, остановка мыслей, увеличение латентного периода ответов;

8% приходится на патологию внимания: больные невнимательны в процессе социальной активности, не следят за темой разговора, могут прекратить беседу или деятельность без видимых причин.

Исследованием установлено, что соотношение экспериментально выявленных структурных компонентов дефекта личности является стабильным и практически неизменным при различных клинически выявленных типах психического дефекта: апато-абулическом(70%), аспонтанном(10%), психопатоподобном(20%).

Более сложные закономерности установлены при оценке тяжести дефекта. Среди исследова-

ных больных у 2 человек (4%) наблюдалась незначительная степень дефекта(до 50 баллов), у 32 человек (64%) – умеренная степень выраженности (51-80 баллов) и у 16 человек (32%) – выраженная степень (81-115 баллов).

У больных с длительностью заболевания до 5 лет в основном (78%) наблюдался умеренно выраженный дефект, у 22% он был незначительным, тяжелых изменений личности не было. У больных с давностью заболевания от 6 до 10 лет и более наблюдались достоверно более глубокие уровни регресса личности.

Среди больных, находившихся в психиатрической больнице менее пяти лет, у 2 человек (6%) имеется незначительно выраженный дефект, у 23 человек(70%) – умеренная степень и у 8 человек (24%) – выраженная степень дефекта. В случаях более длительного пребывания в условиях общепсихиатрического отделения при относительно одинаковой длительности болезни, существенно увеличивается число пациентов с выраженными изменениями в психике (до 38%, $p<0,01$) и практически отсутствуют больные с незначительной выраженностью дефекта. Анализ полученных данных позволяет сделать два практически важных вывода:

- регресс личности у больных шизофренией начинает формироваться на начальных этапах, в дебюте болезни и к пятилетнему периоду он в основном завершает свое формирование;

- в формировании дефекта помимо патогенетических механизмов болезни существенную роль играют депривационные факторы окружающей среды или так называемый госпитализм.

Среди обследованных больных лишь у 7 человек не наблюдалось признаков госпитализма. Шизофренический дефект у этих пациентов был или незначительный, или умеренно выраженный. У остальных 43 человек с явными признаками госпитализма отмечена значительно большая глубина дефицитарных расстройств (у 64%- умеренная, а у 36% - значительная степень выраженности). Таким образом, длительное пребывание в общепсихиатрических отделениях, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе оказывают более деструктивное влияние на личность пациентов, чем собственно психическая болезнь. Можно также предположить, что начальные проявления регресса личности обусловлены собственно патологическим процессом, тогда как его дальнейшее углубление связано с продолжительной социальной депривацией в условиях стационара.

В ходе проведенного исследования выяснилось, что на степень выраженности дефекта не влияет ни наследственная отягощенность, ни семейное положение, ни возраст начала заболевания. В то же время установлена зависимость глубины дефекта от типа течения заболевания. Среди пациентов с непрерывным течением шизофрении у 2% отмечается незначительная степень выраженности психического регресса, у 61% - умеренная степень и у 37% - выраженная степень изменений. Для больных с приступообразным типом течения характерна меньшая глубина дефекта. Этим подтверждается известный

клинический факт о большей злокачественности непрерывной прогрессивности заболевания.

Таким образом, полученные экспериментальные данные о структуре и тяжести дефицитарных расстройств у больных шизофренией позволяют, с одной стороны, более объективно оценить особенности регресса личности пациента, а, следовательно, его адаптивные возможности; с другой стороны показывают определенную роль условий стационарной среды в формировании этих нарушений. Это является аргументом в пользу более широкого использования альтернативных форм психиатрической помощи.

И.В.Абрамова

РЕГРЕС ОСОБЛИВОСТІ В УМОВАХ ІНСТИТУЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня, Україна

Роботу застосовано на результатах дослідження 50 хворих, страждаючих на параноїдну шизофренію. Надана соціально-демографічна характеристика досліджених. Вказана залежність глибини вираження шизофренічного дефекту від терміну хвороби, типу течії шизофренії та часу знаходження у стаціонарі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 113-115).

I. V. Abramova

RECOURSE OF THE PERSON IN CONDITIONS OF THE INSTITUCIONAL PSYCHIATRIC HELP

Regional clinical psychiatric hospital, Donetsk, Ukraine

The work is based on outcomes of an inspection of 50 patients with by paranoid schizophrenia. The social and demographic characteristic of the patient is given. The dependence of the depth of schizophrenic defect the from of disease's duration the type the currence of schizophrenia and time conducted in hospital is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 113-115).

Литература

1. Бахрах Л.Л. Биопсихосоциальное наследие деинституционализации. Вісник Асоціації психіатрів України.- 1994. Вып.1. С. - 76-81.
2. Бочаров А.В., Мазо Г.Э. Обзор психиатрии и мед. психологии.- 1994. Вып.1. - С. - 72-76.
3. Бочаров А.В. Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - Вып. 3. - С. - 40-43.
4. Вовин Р.Я. Шизофренический дефект.- СПб, 1991. С. - 6-29.
5. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении.- Томск, 1983. - С. - 8-27.
6. Сидней Блох, Пол Чодофф. Этика психиатрии.- 1998. - С. - 220-235.
7. Andreasen N.C. Scale of Assessment of Negative Symptoms (SANS)- Iowa citi, 1981

Поступила в редакцию 12.05.99г.

УДК 616.89-056.76+612.04.482

*М.П.Беро***ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**

Донецкая областная клиническая психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: невротические расстройства, функционирование семьи, психотерапия

Адаптивность семьи во многом зависит от личностных особенностей, состояния психического и соматического здоровья ее членов. Известно, что у большинства мужчин, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, наблюдаются те или иные соматические, невротические, сексуальные нарушения, которые не могут не отражаться на их взаимоотношениях с женами и детьми [1-3]. Однако несмотря на то, что состояние здоровья ликвидаторов аварии на ЧАЭС рассматривается во многих работах, семейный аспект этой проблемы исследован недостаточно. Не разработаны в связи с этим и методы психотерапевтической коррекции нарушенных взаимоотношений в семьях ликвидаторов. В то же время медицинская и социальная значимость указанного аспекта не вызывает сомнений, поскольку психологический климат в семье в значительной мере определяет не только прочность брака, но и способность к адаптации подрастающего поколения.

Под нашим наблюдением находилось 150 семей ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, в том числе 195 детей в возрасте от 7 до 11 лет (104 мальчика и 91 девочка).

При клиническом обследовании соматическая патология была выявлена у 63,0% мужчин, у 33,2% женщин и у 21,2% детей. Невротические расстройства были диагностированы у 81,5% мужчин, 54,4% женщин и 77,4% детей.

У мужчин отмечались в основном астеническая, ипохондрическая и депрессивная формы невроза, для них были характерны высокий уровень личностной тревоги, дезадаптированность и склонность к возникновению навязчивых страхов. Кроме того, экспериментально-психологическое обследование мужчин показало, что стрессовая ситуация вызвала у них заострение или декомпенсацию преморбидных характерологических черт, обуславливающих дезадаптивные формы поведения. Преобладали гипертимный и возбудимый типы акцентуаций характера,

отмеченные у 45,3% обследованных, несколько реже встречались дистимический, застревающий, тревожный, педантический (36,2%) и в единичных случаях – демонстративный, эмотивный, циклотимический типы акцентуаций.

У жен ликвидаторов аварии на ЧАЭС чаще всего отмечались истерический невроз, неврастения и депрессивный невроз (69,5%), реже наблюдались ипохондрический невроз и невроз страха. Как и для мужчин, для них был характерен высокий уровень тревожности, нередко наблюдалась и депрессия. Судя по этим данным, жены ликвидаторов аварии испытывали достаточно выраженное психоэмоциональное напряжение, отрицательно сказывавшееся на взаимоотношениях с мужем и детьми.

При обследовании детей было установлено, что среди форм неврозов у мальчиков преобладали неврастения и невроз страха — у 63,6%, у остальных диагностирован истерический и ипохондрический невроз; у девочек самыми частыми были истерия (40,7%) и невроз страха (28,6%), неврастения и ипохондрический невроз встречались реже. У многих детей отмечались системные неврозы – заикание, энурез (у 54,8% мальчиков и 34,4% девочек).

С помощью диагностических рисунков, цветового теста отношений [4] и целенаправленного анкетирования изучались взаимоотношения детей в семье. При этом оказалось, что 38% детей негативно относились к одному или обоим родителям: 4% — к отцу, 10% — к матери, и 24% — к обоим родителям. Чаще всего отрицательное эмоциональное отношение детей к родителям было связано с такими их личностными чертами, как возбудимость, раздражительность, агрессивность, с конфликтными отношениями отца и матери, с алкоголизацией отца. Следует отметить, что негативное отношение детей явилось новостью для родителей, которые не осознавали, что они сами и обстановка в семье оказывают чрезмерное психологическое

давление на ребенка.

У части детей (9,0%) было выявлено и негативное отношение к себе (в результате неправильного воспитания, способствующего формированию комплекса неполноценности), а также к своим братьям и сестрам. Показательно, что негативное отношение к учителям младших классов встречалось на 10% реже, чем такое отношение к матери.

В результате изучения функций семьи было установлено, что они находились на недостаточном уровне в подавляющем большинстве случаев. Воспитательная функция была нарушена у 81,4% обследованных семей, хозяйственно-бытовая — у 63,4, эмоциональная — у 91,5, духовная (культурная) — у 67,4, и сексуально-эротическая функция — у 87,3% семей.

Таким образом, проведенные исследования показали, что не только у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, но и у членов их семей отмечают различные невротические расстройства, дезадаптивные формы поведения; как правило, нарушено и функционирование семьи. С учетом выявленных причин и условий развития описанных выше нарушений нами была разработана система семейной психотерапии, направленная на нормализацию взаимоотношений в семье.

Система состоит из четырех компонентов — социального, психологического, социально-психологического и биологического. Каждый компонент проводится в три этапа в соответствии с трехкомпонентной структурой межличностного взаимодействия: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого). При проведении семейной психотерапии должны учитываться личностные особенности каждого члена семьи, имеющиеся у них невротические расстройства, уровень адаптации всех членов семьи, включая детей, нарушение функций семьи.

Система семейной психотерапии не должна ограничиваться только дискуссиями с семьей. Необходимо использовать также такие психотерапевтические методы, как рациональная психотерапия, гетеро- и ауто-суггестия, ролевой и коммуникативный тренинг, парная (супружеская) и групповая психотерапия. Принимая во внимание частоту невротических расстройств у детей ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, мы включили в систему семейной психотерапии разработанную нами методику психотерапевтического театра. При ее разработке мы исходили из естественной для детей потребности в игре, являющейся важнейшим условием

правильного развития ребенка, его самостоятельности, навыков общения, взаимодействия с людьми.

Психотерапевтическая программа проводится с группой, состоящей из 8-12 семей. На первом этапе после 20-минутной рациональной психотерапевтической беседы, в которой разъясняется суть метода семейной психотерапии, проводится подготовительное внушение наяву, направленное на выработку установки на авторский метод и снятие внутреннего сопротивления внушению. На втором этапе пациентов и их родителей с помощью гетеросуггестии и музыкотерапии вводят в состояние медитации, необходимое для дальнейшего погружения в мир психодраматургического спектакля, который представляет собой третий этап психотерапии.

Спектакль проводится с помощью больших театральных кукол. Детям демонстрируются типичные и чаще всего встречающиеся психотравмирующие ситуации, в частности, фобическая. Действующими лицами являются наиболее популярные сказочные герои. Сюжет сказки подсказывает детям возможные формы поведения, а проводимый трансактный анализ обращает внимание ребенка на ролевые взаимодействия в сказке, показывая ему определенную роль, которую человек может играть или даже положить в основу своего жизненного сценария.

Четвертый этап психотерапии посвящен индивидуальной работе в группе. При этом проводится лечение каждого ребенка в зависимости от ведущего невротического синдрома, а мать обучают методике «материнской суггестии», которую она должна проводить ежедневно согласно рекомендациям врача.

На пятом этапе используется сочетание двух лечебных методик — директивного внушения по типу эмоционально-стрессовой терапии и местный массаж (рефлексотерапия). Интенсивное внушение применяется для вытеснения осознанной с помощью спектакля психотравмирующей ситуации и ведущего невротического синдрома. Эффективность психотерапевтического внушения повышается с помощью рефлексотерапии при таких расстройствах, как тики и заикание.

Психотерапевтическая программа завершается беседой с родителями, во время которой они рассказывают о проведении материнской суггестии, обсуждают с врачом и собственные невротические проблемы. При необходимости осуществляется сеанс антиалкогольного внушения отцу ребенка. Такое внушение в конце лечебной программы с ребенком обычно оказы-

вається очень ефективним.

Шестым этапом семейной психотерапии является поддерживающая терапия, которая проводится один раз в 15 дней в течение 3-4 мес., затем один раз в месяц в продолжение 6-8 мес. При этом используются методики игрового диалога с детьми (с теми же персонажами спектаклей или меньшими куклами), а также терапия рисунком. С родителями проводят рациональную психотерапию, рациональную психотерапию с внушением наяву для снятия имеющихся у них невротических проявлений.

Разработанная нами лечебная программа с использованием психотерапевтического театра

представляет собой единый психотерапевтический процесс, направленный одновременно с ликвидацией невротического расстройства на разрешение внутриличностного конфликта ребенка и его межличностного конфликта в семье, на нормализацию психологического и социального функционирования личности ребенка.

В целом предложенная нами и апробированная в клинической практике система семейной психотерапии дает возможность достигнуть высокого эффекта в нормализации взаимоотношений в большинстве (72%) семей ликвидаторов аварии на ЧАЭС, что способствует и восстановлению нарушенных функций семьи.

М.П.Беро

ВЗАЄМОВІДНОСИНИ В РОДИНАХ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Обласна клінічна психіатрична лікарня, м. Донецьк, Україна

Виявлено невротичні розлади та інші порушення психічного стану у чоловіків-ліквідаторів аварії на ЧАЕС, їх дружин і дітей. Показано порушення взаємовідносин у родинах ліквідаторів і функцій сім'ї, встановлено його причини. Запропоновано систему сімейної психотерапії з використанням авторами методики психотерапевтичного театру, яка дає змогу досягти високого терапевтичного ефекту. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 116-118).

M.P.Bero

INTERRELATIONS IN FAMILIES OF LIQUIDATORS OF THE CRASH ON CHERNOBYL AЭС AND THEIR PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION

Region clinic psychiatric hospital, Donetsk, Ukraine

Neurotic distresses and other disorders of psychic state were revealed in men-liquidator of the crash on ChAES, their wives and children. A disorder in interrelations in liquidators' families and functions of family were shown, their causes were specified. A system of family psychotherapy was proposed with the use of technique of psychotherapeutic theatre worked out by authors, this system allows to rich a high therapeutic effect. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 116-118).

Литература

1. Кутько И.И., Табачников С.И., Долганов А.И., Панченко О.А. Медико-психологическое обеспечение безопасности и надежности работы персонала атомных электростанций. — Киев: Здоров'я, 1994. — 227 с.

2. Гуськова А.К. Десять лет после аварии на ЧАЭС (ретроспектива клинических событий и мер по преодолению последствий) // Клини. мед. — 1996. — Т.74, №3. — С.5-9.

3. Организация социально-медицинской реабилитации и диспансерное наблюдение пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС. — Донецк, 1994. — 15 с.

4. Эткина А.М. Цветовой тест отношений // Общ. психодиагностика: Основы психодиагност., немед. психотерапии и психол. консультирования. — М., 1987. — С.221-227.

Поступила в редакцию 19.04.99г.

Рожков В.С.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ФОРМИ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЗА НЕВРОЗІВ У ЧОЛОВІКІВ

Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології, Одеса, Україна

Ключові слова: психотерапевтична корекція, сексуальна дезадаптація, невроз.

Комунікативна форма сексуальної дезадаптації подружньої пари, у якій чоловік страждає на невроз, є однією із найпоширеніших дезадаптивних форм сексуальної дисгармонії за даної патології. Втім, якщо методи корекції дезадаптивної поведінки чоловіка і дружини розроблені достатньо [1,2], то корекція дезадаптивних форм сексуальної поведінки, особливо за наявності неврозів, не мають висвітлення в літературі.

Метою даного дослідження була розробка методу ефективної психотерапевтичної корекції комунікативної форми сексуальної дезадаптації подружньої пари за наявності неврозу у чоловіка.

За допомогою методу системно-структурного аналізу сексуального здоров'я [3] були обстежені 113 подружніх пар із різними формами сексуальної дезадаптації, у яких чоловіки страждали на невроз (неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів). У 41 (36±5%) подружніх пар була виявлена комунікативна форма дезадаптації, серед них у 16 (39±8%) чоловіків – за неврастенії, у 11 (27±3%) – за істеричного неврозу і у 14 (34±8%) – за неврозу нав'язливих станів.

Отримані під час обстеження дані були покладені в основу методу корекції сексуальної дезадаптації, виявленої у подружжя.

Причиною розвитку комунікативної форми сексуальної дезадаптації може бути внутрішньо-особистісний конфлікт як в одного члена подружжя (чоловіка або жінки), так і в обох, або ж їх міжособистісний конфлікт. Психотерапевтична корекція має на меті ліквідацію причин того чи іншого конфлікту. При цьому корекція може бути спрямована як на розв'язання конкретної проблеми, так і на навчання подружжя вмінню правильно будувати спілкування й знаходити вихід із конфліктних ситуацій, що виникають.

Для корекції форми сексуальної дезадаптації подружжя за неврозу у чоловіка нами було здійснено модифікований комунікативний тренінг як головний метод її психотерапевтичної корекції.

Тренінг провадили двома етапами. Перший,

присвячений формуванню у подружжя нової, правильної установки на нормалізацію особистісних відносин, починали з отримання інформації про порушення, які мали місце у подружньої пари щодо їх спілкування, визначали рівень соціально-психологічної адаптації чоловіка і жінки й обговорювали з ними одержану інформацію. При цьому визначалося й фіксувалося їх власне оцінювання своєї комунікації. Із подружжям провадилась низка бесід і лекцій, протягом яких його знайомили з принципами правильної комунікації і основами культури спілкування. Застосовували також бібліотерапію, рекомендували пацієнтам читання науково-популярної і художньої літератури за відповідною тематикою.

На другому етапі, завданням якого було навчання подружжя реалізації установки, що впроваджувалася, тобто правильного спілкування і розв'язання конфліктів, як головний метод корекції застосовували модифіковану для нашого контингенту пацієнтів методикою «конструктивної сварки» С. Кратохвила [2]. Згідно з цією методикою чоловік і жінка у визначений час, дотримуючись певних правил, повинні були відверто виявляти свої негативні емоції, незадоволеність і критику відносно одне одного. Після цього вони переходили до самокритики і давали позитивну оцінку одне одному. Це допомагало знайти компромісне вирішення щодо спірного питання і послабити негативні емоції, що сприяло зближенню подружжя.

Свару провадили за взаємною домовленістю з приводу будь-якої критичної події, у зручній для обох час і в зручному місці. Той, хто починав свару, повинен був попередньо конкретно з'ясувати для себе, чого він (вона) бажає досягти з її допомогою. Подружжя повинно було чітко зрозуміти, що метою такої сварки є не поразка суперника, не власна «перемога», а сумісне розв'язання проблеми. При цьому слід було дотримуватися таких правил: аргументи не повинні принижувати партнера і зачіпати його уразливі місця

(наприклад, не можна висміювати фізичні недоліки одне одного); заборонялося згадувати про давні образи; не припускалися випадки проти дорогих для партнера осіб або речей, непевні дорікання загального характеру і необґрунтовані погрози (зокрема, погроза розлучення через незначний привід).

З метою полегшення проведення сварки її поділяли на три етапи, які провадили також за визначеними правилами. На початковому етапі один із членів подружжя повідомляв другого про бажання почати свару; на середньому етапі чоловік і дружина повинні були відверто говорити про те, що думають, реагувати і критикувати; на кінцевому етапі потрібно було визнати свої помилки і знайти в другому щось гарне, на цьому етапі слід було відступити самому і дати можливість для гідного відступу партнеру. Перед закінченням сварки вмикалося червоне світло, попереджуюче того, хто говорив, що у нього залишається лише декілька хвилин для того, щоб вдало закінчити виступ.

Ми рекомендували подружжю закінчувати сварку деякими елементами подружньої тактики Карнегі. Кожен із них повинен був з'ясувати для себе власні помилки і позицію другого, виявити доброзичливість і бажано – відверто попросити про перемиріння.

Крім описаної методики, ми використовували для корекції комунікативної форми сексуальної дезадаптації групову психотерапію. При цьому подружжя включалося до складу різних груп, але здебільшого групову психотерапію призначали одному із подружжя (за наявності сексуальної аверсії – тому з них, хто переживав аверсію).

Під час роботи у психотерапевтичній групі застосовували в основному метод групової дискусії – біографічної, тематичної та інтеракційної, з виходом на особисту проблему кожного члена групи. Біографічно й інтеракційно орієнтовані заняття відповідали прийнятим для групової психотерапії.

Корекцію проводили з урахуванням групової динаміки, прагнучи максимально стимулювати активність учасників. Як відомо, система зворотного зв'язку, що застосовується під час групового обговорення, дозволяє кожному учаснику групи бачити, як інші інтерпретують його поведінку. Це допомагає йому обмірковувати власні вчинки і риси, які призводять до конфлікту, а отже, і відповідним шляхом коригувати їх.

У процесі групової психотерапії ми застосовували також рольові ігри, оскільки подружжя часто пояснюють виникнення конфліктів неправильним реагуванням і характерологічними особливостями одне одного. Обговорюючи конфліктні ситуації, членам групи пропонувалося розіграти свої способи їх вирішення, а потім аналізувалися виявлені ними поведінкові навички щодо спілкування. Роль чоловіка при цьому виконував обраний із групи партнер. Конфліктну ситуацію для рольової гри обирали, виходячи з того, що її зміст повинен відповідати конкретним ситуаціям, які виникають між подружжям, і має бути значущим для пацієнта, який брав участь у рольовій грі. Розігруючи такі характерні конфлікти, учасники демонстрували властиві їм стереотипи поведінки у конфліктних ситуаціях. Одну й таку саму ситуацію розігрували декілька разів, щоб учасники рольового тренінгу мали можливість спробувати себе у різних ролях, кожен раз пропонуючи свої варіанти рішень. Ролі змінювали і таким чином, щоб кожний із подружжя розігрував не тільки свою роль, але й роль свого партнера. Під час тренінгу його учасники виступали то активними виконавцями ролей, то активними спостерігачами, максимально поринаючи у пошуки вирішення типових комунікаційних проблем, з якими їм доводилося стикатися.

Після кожної розіграної ситуації, як відмічалося вище, провадився її аналіз, щоб кожен із учасників, бачачи свою поведінку з боку, міг оцінити адекватність запропонованих рішень і впевнився в необхідності його зміни. Розігрування ситуації іншими учасниками дозволяло кожному не тільки усвідомити способи спілкування, які призводять до конфліктів, але й поширити арсенал власних засобів їх розв'язання; тим же часом воно допомагало кожному краще зрозуміти проблеми іншого і відчутти співчуття до нього.

Проведення психотерапевтичної корекції комунікативної форми сексуальної дезадаптації подружжя дало можливість відновити сексуальну гармонію у 34 із 41 подружньої пари, тобто у $83 \pm 6\%$. Отримані дані дозволяють вважати, що застосування «конструктивної сварки» і рольових ігор з наступним їх обговоренням дозволяють модифікувати типи взаємодії подружжя, змінити характер їх комунікації і, таким чином, наприкінці досягти засвоєння подружжям навичок правильного, безконфліктного спілкування.

Рожков В.С.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ ФОРМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРОЗАХ У МУЖЧИН

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии, Одесса, Украина

У 41 супружеской пары, у которых мужа страдали неврозом, был использован модифицированный автором метод коррекции коммуникативной формы сексуальной дезадаптации.

В статье детально освещены психотерапевтические подходы, этапы проведения и методы психотерапии коммуникативной формы сексуальной дезадаптации, в особенности коммуникативного тренинга как основного метода коррекции этой формы дезадаптации супружеской пары, где муж страдал неврозом. Доказано, что предложенный автором метод коррекции позволяет модифицировать типы взаимодействия супругов, изменить характер их коммуникации и, таким образом, достигнуть усвоения супругами навыков правильного, бесконфликтного общения. Терапевтический эффект составил $83\pm 6\%$. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 2 (6). — С. 119-121).

Rozhkov V.S.

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF COMMUNICATIVE FORM OF SEXUAL DESADAPTATION AT NEUROSES IN MEN

Ukrainian Science and Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology, Odessa, Ukraine

Method of correction of communicative form of sexual desadaptation at neurosis in men modified by the author has been used in the study of 41 married couple.

Psychoterapeutic approaches, stages and methods of psychotherapy in communicative form of sexual desadaptation, and in particular in communicative training as the main method of correction of such form of desadaptation in a married couple with neuroses have received full coverage in the article. It has been proved that the method of correction introduced by the author gives the opportunity to modify the types of interaction of a married couple and to reach non-conflict family relationships. Therapeutic effect: $83\pm 6\%$. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 119-121).

Література

1. Kratochvil S. Terapeuticka komunita. — Praha: Academia, 1979. — 117 s.

2. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — Москва: Медицина, 1991. — 336 с.

3. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Том 2. Клиническая сексология. Часть первая. Общая сексопатология. — Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. — 272 с.

Поступила в редакцию 10.03.99г.

УДК 616.89

*А.В. Абрамов***КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РЕГИСТРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОВД**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: психические расстройства, сотрудники органов внутренних дел.

Психическое здоровье человеку необходимо для реализации своих жизненных целей, направленных на достижение всестороннего благополучия, высоких результатов в профессиональной и социальной сферах. Высокое социальное значение профессии, эмоциональное напряжение и зачастую экстремальные условия труда предъявляют повышенные требования к психическому здоровью сотрудников органов внутренних дел. В связи с этим психопрофилактика занимает одно из первых мест в системе мероприятий МВД Украины, направленных на обеспечение высокой эффективности служебной деятельности.

Практика ведения психопрофилактической работы в масштабах МВД Украины показала, что достичь успеха можно лишь путем объединения усилий руководства подразделений, кадрового аппарата, старших психологов службы психологического обеспечения и отдела охраны здоровья. А это требует создания системы психопрофилактики, позволяющей управлять как процессом ведения работы по охране психического здоровья личного состава, так и самим состоянием психического здоровья [1,2].

В связи с этим, и в целях организации ведомственной психиатрической службы и профессионального психофизиологического отбора, в соответствии с приказом МВД Украины от 07.04.94г. № 177, в г.Донецке при отделе охраны здоровья УМВД создан Центр психиатрической помощи и профессионального психофизиологического отбора [3].

Одной из задач Центра является анализ деятельности психиатрической службы за предшествующий период для изучения проблем заболеваемости среди сотрудников органов внутренних дел. В научных работах отечественных и зарубежных авторов, обращает на себя внимание почти полное отсутствие публикаций, посвященных этим вопросам. В большом массиве информации содержатся лишь незначительные упо-

минания или ссылки на состояние психиатрической службы в правоохранительных органах [4,5,6]. По всей вероятности, это объясняется «закрытостью» изучаемой темы. Длительное время все медицинские данные о сотрудниках милиции находились под грифом «секретно» или «для служебного пользования».

В последнее время, в связи с принятием Закона Украины «О государственной тайне», состояние психического здоровья сотрудников правоохранительных органов перестало составлять государственную тайну. Стало возможным провести клиничко-статистический анализ структуры и регистра психических расстройств у сотрудников ОВД крупного промышленного региона за период с 1986 по 1998гг.

Всего за 13 лет из органов внутренних дел Донецкой области было уволено по различным психическим заболеваниям 120 человек. Основной удельный вес составили: шизофрения, последствия черепно-мозговых травм и невротические расстройства. Удельный вес нозологических диагнозов в общей массе уволенных по психиатрическим заболеваниям сотрудников милиции представлен на Рис. 1.

62,5% из заболевших имели высшее образование, 37,5% - среднее. Причем, высшее образование превалировало у больных органическим поражением головного мозга и МДП. 31,7% из уволенных по психическим заболеваниям составили рядовые, 10% - прапорщики и 58,3% - офицеры. Средний возраст больных составлял $37,3 \pm 9,5$, средний стаж работы в органах внутренних дел - $13,3 \pm 11,3$.

Анализируя зависимость развития заболевания от стажа работы в ОВД, в т.ч. «вредных факторов» пеницитарной деятельности, можно отметить, что основной рост заболеваемости приходится на период адаптации (от 1 до 3 лет) - 18,6%, затем прямо пропорционально уменьшается до 7,6% (стаж работы от 7 до 9 лет), вновь

увеличивается достигая максимума при стаже от 13 до 15 лет (18,6%) и снизившись до 8,5%

при 16-ти летнем стаже остается практически неизменным до самого увольнения.

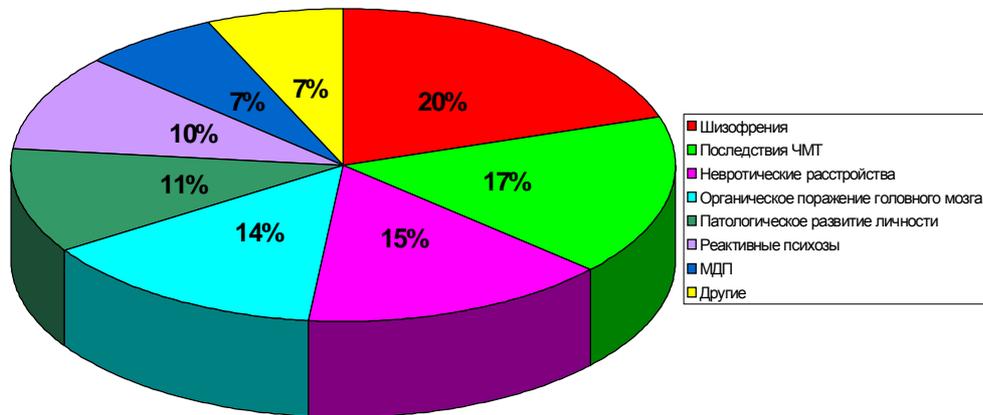


Рис. 1. Удельный вес нозологических диагнозов у сотрудников милиции, уволенных по психиатрическим заболеваниям

Распределение заболеваемости по нозологическим диагнозам в зависимости от стажа работы так же имеет свои характерные особенности. (Рис. 2.). Так, возникновение заболеваний клиническая картина которых характеризовалась бредовыми и галлюцинаторными расстройствами (шизофрения, реактивные психозы) чаще приходится на период от 1 до 3 лет, что составляет 37,3%, в процессе дальнейшей профессиональной деятельности сотрудников ОВД этот показатель выравнивается и достигает 12,5% в период от 4 до 15-летнего стажа. В последующий период заболеваемость резко падает и при стаже работы больше 16 лет не превышает 4,2-2,1% ($p < 0,001$).

В целом в клинической картине шизофрении преобладала галлюцинаторно-параноидная симптоматика (54,2% случаев), значительно реже встречалась депрессивная и аффективно-бредовая симптоматика (25% и 12,5% соответственно) и только у двух больных (8,3%) диагностирована кататоническая форма шизофрении. При параноидной форме отмечалось доминирование бредовых идей и галлюцинаторных переживаний, связанных с преследованием окружающих (29,2%), затем - преследование сотрудниками милиции, внутренней безопасности и СБУ (25%). По типам течения шизофренические расстройства распределились следующим образом: приступообразно-прогредиентная - 37,5% случаев, непрерывная - 16,7%, рекуррентная - 12,5%. В остальных случаях (33,3%) течение заболевания было расценено врачами психиатрами как дебют, что соответствует диагностической категории МКБ-10 - F20.x9 (Период наблюдения менее года). Данная рубрика весьма актуальна

для работы с изучаемым контингентом больных т.к. у врачей больниц МВД зачастую отсутствует возможность длительного катamnестического наблюдения.

Что касается прогнозирования возможности возникновения шизофрении у лиц принимаемых на службу в МВД по наличию в их семьях психических заболеваний, то эта теория себя не оправдывает, т.к. в 87,5% случаев наследственность была не отягощена.

Маниакально-депрессивный психоз возникал у сотрудников ОВД, в основном, после сильного психоэмоционального напряжения на работе или после стресса, часть заболевших связывала свое заболевание с участием в ликвидации аварии на ЧАЭС. Клиническая картина заболевания была в равной мере представлена депрессивным (50%) и маниакальным (50%) синдромами с монополярным (50%) и биполярным (50%) течением.

Реактивные психозы у данного контингента исследуемых характеризовались преобладанием реактивных параноидов (58,3%), реже (41,7%) наблюдались реактивные депрессии. Аффективно-психогенные реакции и истерические психозы за последние 13 лет вообще не диагностировались. Проблемы на работе, связанные с экстремальными условиями труда, стали причиной заболевания у 50% человек, у остальных сотрудников милиции реактивное состояние развилось на фоне семейно-бытовых конфликтов.

Больные с патологическим развитием личности среди исследуемого контингента начинают выявляться только после 10 лет работы и, в среднем, не превышают 7,7%. Небольшое увеличение этого показателя наблюдается у сотруд-

ников ОВД со стажем работы от 16 до 21 года, что составляет 23,1%. В клинической картине преобладали расстройства истерического типа

(60%), почти все больные связывали начало своего заболевания с наличием у них «тяжелого» соматического недуга.

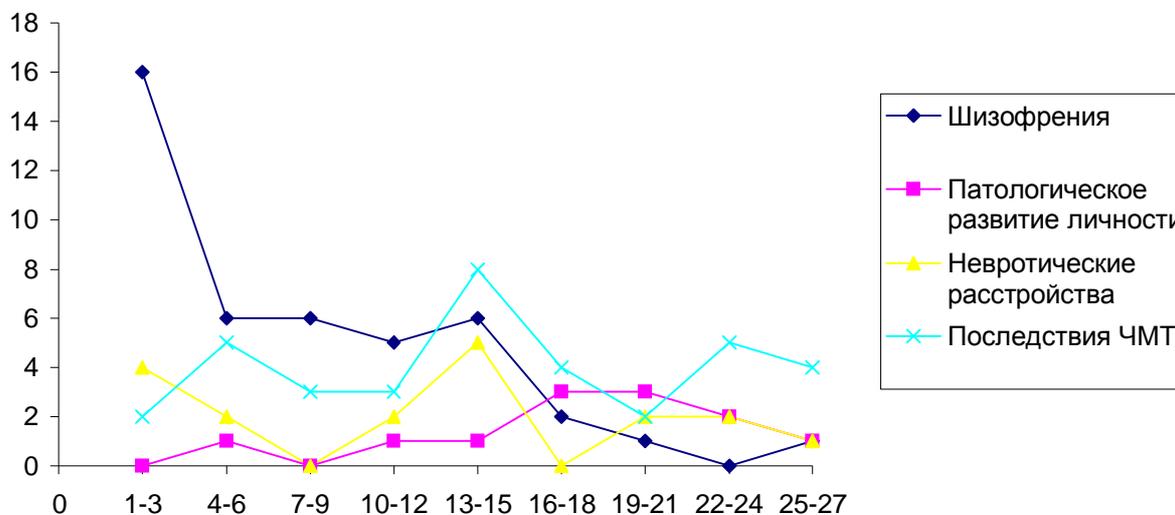


Рис.2. Сравнительная характеристика заболеваемости различными нервно-психическими заболеваниями в зависимости от стажа работы.

Расстройства невротического уровня, незначительно увеличиваясь в адаптационном периоде до 22,4% и при стаже работы 13-15 лет до 27,8%, остаются практически на одном уровне за все время работы в правоохранительных органах (1,1%). На первом месте по частоте возникновения находится астенический невроз (56,5%), затем - депрессивный (21,7%), истерический (13%) и невроз навязчивых состояний (8,7%). В 39,1% случаев основной причиной заболевания стали различные стрессовые расстройства (ранения в результате боевых действий, участие в ликвидации аварии на ЧАЭС, смерть близких родственников на глазах у больного и т.п.). Клиническая картина заболевания у этих больных характеризовалась возникновением расстройств в течение не более 6 месяцев после тяжелого травматического события, наличием навязчивых воспоминаний о событии, неприятных сновидений или кошмаров, тревожных и депрессивных нарушений. В период использования МКБ-9 возникали затруднения связанные с отнесением данного состояния к одной из рубрик классификации. С появлением секции F-43.1 МКБ-10 (Посттравматическое стрессовое расстройство) эти трудности были уstra-

нены.

Последствия черепно-мозговых травм, чаще всего наблюдалось у сотрудников ОВД при стаже работы 4-6 лет (13,9%); 13-15 лет (22,5%) и 22-24 года (13,9%). Основная масса травм была получена при выполнении служебных обязанностей (61,7%), а 33,3% - в быту. Сотрясения головного мозга составили 55,2%, ушиб головного мозга с нарушением целостности костей черепа получили 47,6% сотрудников милиции. Основные клинические проявления этого заболевания выражались в психоорганическом синдроме (85,7%) с преобладанием астенической симптоматики (61,1%), эмоционально-волевые нарушения наблюдались у 38,9% больных. В трех случаях у пострадавших развился Корсаковский синдром. Большинство травм было получено в результате автомобильных катастроф.

Таким образом, проведенный анализ позволил установить клинические проявления, особенности возникновения и развития психических расстройств у сотрудников органов и подразделений внутренних дел крупного промышленного региона. Эти данные можно использовать для психопрофилактической работы и для совершенствования критериев профотбора.

О.В. Абрамов

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТА РЕЙЕСТРУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецький державний медичний університет, Україна

Проведений аналіз дозволив встановити особливості клінічних проявів психічних розладів у співробітників органів внутрішніх справ великого промислового району. Одержана змога вдосконалити критерії профвідбору. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 122-125).

A.V. Abramov

CLINICAL AND STATISTICAL ANALYSIS OF MENTAL DISORDERS` STRUCTURE AND REGISTER IN THE STAFF OF INTERNAL AFFAIRS`S ORGANUS

Donetsk state medical university, Ukraine

With the use of analysis of the peculiarities of mental disorders` manifest atious in the staff of internal affairs orgenis of a large industrial region were ascertained. The possibility of improvement of criterious of professional selection was received. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 122-125).

Литература

1. Рябокляч М.А. О системе вторичной психопрофилактики среди личного состава органов и подразделений внутренних дел Украинской ССР (методические рекомендации). - Киев. - 1988. - 78с.

2. Кузнецов А.В., Абрамов А.В., Клевкин В.Ф. Система психопрофилактики среди личного состава органов и подразделений внутренних дел Донецкой области (методические рекомендации) Донецк- 1997. - 28с.

3. Наказ МВС України від 17.07.95р., № 488 «Про

затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд в органах внутрішніх справ і військах внутрішньої охорони МВС України».

4. Вахов В.П. // Российский психиатрический журнал № 1, 1997, С.32-35.

5. Амбрумова А.Г., Цупрун В.Е. // Социальная и клиническая психиатрия № 3, 1998, С. 101-103.

6. Фролова А.А. // Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.

Поступила в редакцию 3.07.99г.

УДК 616.89-084

*Никифоров Ю.В., Бурицев А.К., Пырков С.Г.***НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет. Ждановская психиатрическая больница

Ключевые слова: общественно опасные действия, профилактика, психически больные

На протяжении всей истории психиатрии профилактика общественно опасных действий (ООД) душевнобольных была в центре внимания специалистов. Этому вопросу посвящено немало число научных трудов отечественных и зарубежных авторов. Однако, несмотря на многочисленные исследования, посвященные этой теме, и попытки реформирования психиатрической помощи населению, тенденции к снижению общественно опасных действий среди психически больных не наблюдается [3,6,7].

Среди мер предупреждения ООД одно из важнейших мест занимает принудительное лечение [5,8]. Прежде всего, следует учитывать, что целью принудительного лечения является излечение или такое улучшение психического состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность. При этом имеется ввиду, что общественная опасность психически больного во многом определяется такими психопатологическими проявлениями, которые обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в

результате чего может быть нанесен ущерб обществу и самому больному [4].

Разумное сочетание соответствующей медикаментозной терапии психических нарушений, адекватной системы социально-реадаптационных мероприятий, как полагают многие исследователи, станет решающим фактором повышения эффективности принудительного лечения [1,2,9]. Rintelen E. et. al. (1986) высказывают мнение, что хорошая реабилитация возможна при сочетании ряда условий: тщательного изучения анамнеза и обстоятельств правонарушения больного, хорошего контакта врача и органов правосудия, обеспечения регулярной заботы о больном, сохранения эмоциональной привязанности больного к терапевтической группе, по возможности - постоянной.

Вышеуказанное подтверждает актуальность клинико-психологических исследований больных, находящихся на принудительном лечении, с целью разработки дифференцированных методов профилактики их общественно опасного поведения.

Методы исследования

В соответствии с программой исследования было проведено обследование 20 больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, в сравнении с 30 стационарными пациентами с той же патологией, госпитализированными добровольно, по методикам Шкала социального самоконтроля (ШСС) и Опросника межличностных отношений (ОМО). Шкала социального самоконтроля разработана в Ярославском государственном университете (1996 год) на основании одноименной шкалы, предложенной М.Снайдером в 1974 году. Теоретической концепцией, использованной при создании этой шкалы, является представление о self-monitoring. Оно обозначает такие взаимосвязанные процессы как самоконтроль и самонаблюдение, нацелен-

ные на достижение приспособленности. По мнению некоторых исследователей, вместо самоконтроля правильнее было бы говорить о самоуправлении и самооценке. Таким образом, существуют определенные трудности в переводе на русский язык понятия self-monitoring. Авторы русскоязычной версии ШСС в качестве эквивалентного термина предложили понятие «социальный самоконтроль». Под социальным самоконтролем понимается способность человека управлять своим поведением и выражением своих эмоций. Стремясь предстать перед окружающими в том или ином образе и отталкиваясь от собственного понимания социальной приспособленности люди в любой ситуации используют те или иные средства вербального или не-

вербального самовыражения. Адекватность и легкость этих средств обусловлены уровнем социального самоконтроля. Помимо интегративного показателя ШСС имеет три подшкалы: направленность на других (эта подшкала измеряет степень, в которой испытуемый в своем поведении руководствуется поведением окружающих), экстраверсии (измеряет степень выраженности соответствующего качества), «игра» (измеряет степень проявления актерских способностей индивида в повседневной жизни).

Методика ОМО является русскоязычной версией широко известного за рубежом опросника FIRO-B американского психолога Вильяма Шутца, разработавшего оригинальную теорию межличностных отношений. В теории межличностное поведение индивида объясняется на основе 3-х потребностей: включения, контроля и аффекта. Под термином аффект или аффекция понимается вся совокупность эмоциональных компонентов, сопровождающих межличностные отношения. Потребность включения - это потребность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, на основе которых возникают взаимодействие и сотрудничество. Для измерения потребности включения в методике используются две шкалы: Ie - выраженное поведение включения, которая отражает стремление принимать остальных, чтобы они имели интерес к индивидууму и принимали участие в его деятельности, а также активное стремление принадлежать к какому-либо социальным группам и быть как можно чаще среди людей; Iw - включение, как тре-

буемое поведение, отражает усилия индивидуума, направленные на то, чтобы другие приглашали его принимать участие в их деятельности, даже если он не прилагает к этому никаких усилий. Потребность контроля - это потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения с людьми, опираясь на контроль и силу. Потребность в контроле измеряется шкалами Ce и Cw. Первая из них измеряет выраженное поведение контроля, т.е. интенсивность попыток контролировать и влиять на остальных, стремление брать в свои руки руководство и принятие решение. Вторая шкала отражает требуемое поведение контроля, т.е. стремление к тому, чтобы индивидуума контролировали остальные, влияли на него, говорили, что он должен делать. Потребность в аффекте измеряется шкалами Ae и Aw. Шкала Ae отражает выраженное аффективное поведение, т.е. стремление быть в близких интимных отношениях с остальными, проявлять к ним дружеские, теплые чувства. Шкала Aw измеряет требуемое поведение аффекта, т.е. усилия больного, направленные на то, чтобы другие стремились быть к нему ближе и делились с ним своими интимными чувствами. Комбинации оценок по этим шести шкалам дают индексы объема интеракций (e+w) и противоречивости межличностного поведения (e-w) внутри и между отдельными областями межличностных потребностей.

Количественный состав групп predeterminedил использование при статистической обработке параметрического критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение

Результаты исследования по методике ШСС представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние показатели по методике ШСС (Шкала социального самоконтроля)

Группы	Показатели	Направленность на других	Экстраверсия	«Игра»	У
1 группа	x	2,85	1,35	0,85	5,85
	Sx	0,196	0,131	0,167	0,342
2 группа	x	2,73	1,5	1,33	5,53
	Sx	0,185	0,156	0,138	0,324
Достоверность «р»		p>0,05	p>0,05	p>0,03	p>0,05

Примечание: 1 группа - больные, находящиеся на принудительном лечении; 2 группа - больные контрольной группы

Средний показатель в группе больных, находящихся на принудительном лечении, в стандар-

тных баллах составил $5,85 \pm 0,34$, что соответствует среднему уровню оценок. Подобный ре-

зультат указывает на относительную сохранность способности контролировать свое поведение в соответствии с требованиями общества. Следует отметить, что уровень этого показателя у лиц, находящихся на добровольном лечении, статистически достоверно не отличается от указанного показателя. Таким образом, можно констатировать, что распространенное представление об обязательном нарушении способностей контролировать свое поведение у лиц, совершивших ООД, является преувеличенным. Средние показатели по субшкале направленности на других также не различаются между сравниваемыми группами. Другими словами, больные обеих групп в равной степени руководствуются в формировании своего поведения поведением окружающих. Средний показатель по субшкале экстраверсии в группе больных, находящихся на принудительном лечении, достоверно ниже ($p < 0,05$) соответствующего показателя в группе, лечащихся добровольно. Подобное обстоятельство, по нашему мнению, может быть объяснено тем, что в условиях более длитель-

ного пребывания в отделении больные основной группы в определенной степени утрачивают интерес к реалиям внешнего мира и обнаруживают снижение познавательной активности. Подобная тенденция может рассматриваться как один из аспектов развивающегося при длительном стационарном лечении «госпитализма».

Средний показатель по субшкале «игра» в группе больных, находящихся на принудительном лечении, составил $0,85 \pm 0,17$, что достоверно ниже ($p < 0,03$), чем в сравниваемой группе. Такой результат отражает снижение способности к творческой модификации поведения, снижение способности к подстройке под поведение других людей. Можно предположить, что это снижение также связано с более длительным пребыванием в закрытых стационарах, где детринируются в своих поведенческих и коммуникативных навыках. После выписки такие больные будут испытывать больше трудностей в приспособлении к обыденным жизненным условиям.

Средние показатели по методике ОМО представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Средние показатели по методике ОМО (Опросник межличностных отношений)

Группы	Показатели	Шкалы методики ОМО											
		J				C				A			
		e	w	e+w	e-w	e	w	e+w	e-w	e	w	e+w	e-w
1 группа	x	4,0	4,15	8,15	0,15	3,6	3,85	6,28	-0,2	5	4,65	9,7	0,9
	Sx	0,429	0,697	1,06	0,638	0,505	0,519	1,08	0,683	0,481	0,509	0,834	0,657
2 группа	x	4,57	4,43	8,83	0,267	5,07	4,07	9,13	0,867	4,23	4,13	8,43	0,067
	Sx	0,348	0,444	0,698	0,431	0,429	0,383	0,617	0,538	0,324	0,331	0,52	0,362
Достоверность «р»		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,03	p>0,05	p>0,01	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,03

Примечание: J - потребность включения; C - потребность контроля; A - потребность в аффекте; 1 группа - больные, находящиеся на принудительном лечении; 2 группа - больные контрольной группы

Практически все показатели по шкалам находятся в диапазоне средних оценок (4-5 баллов), что указывает на сохранность у больных обеих групп способности к достаточно эффективному межличностному общению. Это противоречит обывательскому и, к сожалению, нередко распространенному представлению среди врачей о фатальной неспособности социально опасных больных ужиться в обществе. Индекс общего объема интеракций по всем трем потребностям находится в средних пределах возможных значений, что также подтверждает то, что больные, находящиеся как на принудительном, так и на добровольном лечении, сохраняют достаточно высокую потенциальную способность к установлению межличностных связей.

Дополнительную информацию об объеме ин-

теракций в рамках реализации основных потребностей дает сравнение индексов (e+w) внутри групп у больных, находящихся на принудительном лечении. Установлен достоверно более высокий объем интеракций в рамках потребности аффекта по сравнению с объемом интеракций в рамках потребности контроля. Такой результат разрушает широко распространенное мнение о том, что больные, совершившие ООД, отличаются особенной черствостью, бесчувственностью и стремлением опираться на применение силы во взаимоотношениях с другими людьми. На самом деле выявляется достаточная заинтересованность таких больных в установлении интимных, доверительных контактов, что открывает возможности для проведения коррекционной и психопрофилактической работы в значительно больших масштабах, чем это практикуется в настоящее время.

При оценке степени противоречивости межличностного поведения достоверные различия на уровне $p < 0,02$ установлены лишь в группе сравнения между соответствующим показателем потребности контроля и аффекта. В области контроля противоречивость ниже, чем в области аффекта, что говорит о большей представленности у больных находящихся на добровольном лечении выраженного аффективного поведения. Другими словами, эти больные чаще активно стремятся к установлению доверительных, близких отношений с окружающими, чем используют опору на силу, подавление других. Такая, более приемлемая, линия поведения имеет место у больных группы сравнения не в последнюю очередь, потому что они менее длительно находятся в закрытом стационаре.

При сравнении показателей по шкалам методики ОМО в сравниваемых группах установлен ряд достоверных отличий. Так, например, выраженное поведение контроля ($3,6 \pm 0,51$) достоверно менее представлено ($p < 0,04$) у пациентов, находящихся на принудительном лечении. Этот факт не подтверждает высказанное ранее мнение о преобладании у больных, находящихся на принудительном лечении тенденций опираться на силу в установлении межличностных отношениях. Скорее, можно констатировать обратное: в ходе длительного лечения в закрытом

стационаре больные утрачивают навык проведения активной жизненной тактики в общении с другими людьми. Подобное явление может быть отнесено к числу проявлений «госпитализма». Сделанный вывод подтверждает и достоверно более высокий объем интеракций контроля в группе больных, находящихся на добровольном лечении ($p < 0,008$).

У больных, находящихся на принудительном лечении, показатель противоречивости аффективного поведения достоверно выше ($p < 0,03$). Это подтверждает тот факт, что больные данной группы остаются достаточно сохранными в сфере активного поведения, т.е. чаще, чем даже больные из группы сравнения, могут проявлять инициативу в установлении аффективно значимых, насыщенных эмоциональных связей. Это обстоятельство может быть использовано при проведении активных реабилитационных мероприятий.

Суммируя полученные результаты, можно заключить, что больные, совершившие ООД, несмотря на длительное пребывание в закрытых отделениях, сохраняют потенциальную открытость для проведения реабилитационных мероприятий. Вместе с тем, само по себе длительное пребывание в стационаре вызывает социальную детринированность и тем самым снижает реабилитационный потенциал таких больных.

Никифоров Ю.В., Бурцев А.К., Пирков С.Г.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ МІЖСОБИСТІСНИХ ВЗАЄМВІДНОСИН У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРИМУСОВОМУ ЛІКУВАННІ

Донецький державний медичний університет, Ждановська психіатрична лікарня, Україна

На основі дослідження з використанням опитувальників Шкала соціального самоконтролю М.Снайдера та Опитувальника міжособистісних відносин В. Шутца 20 хворих на шизофренію, які перебувають на примусовому лікуванні, зроблено висновки про наявність у таких хворих досить великого реабілітаційного потенціалу та про певний негативний вплив занадто тривалого лікування у стаціонарі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 125-130).

Nikiforov Yu.V., Burtsev A.C., Pyrkov S.G.

SOME PECULIARITIES OF THE INTERPERSONAL RELATIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ON FORCED TREATMENT

Donetsk State Medical University, Regional Mental Hospital of Zhdanovka, Ukraine

On the base of the investigation with the use of M.Snyder's Scale of Self-monitoring and W.Schutz's Firo-B questionnaire 20 inpatients with schizophrenia on forced treatment the conclusions about existence in such patients enough substantial potential for rehabilitation and about certain negative effect of too prolonged treatment in the close department is carried out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 126-130).

Литература

1. Боброва И.Н., Демонова Д.П. Принципы социальной реабилитации больных с непсихотическими формами психических расстройств, совершивших общественно опасные действия // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. - М., 1989. - С.7-12.
2. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1986. -С. 16-24.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М., 1995. - 255с.
4. Морозов Г.В., Шостакович В.В. Теоретические и методологические вопросы профилактики общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. - М., 1987. - С.3-24.
5. Наталевич Э.С., Ахмарова В.К., Посохова В.И. Об эффективности принудительного лечения, по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших ООД. - М., 1989. - С.71-78.
6. Незнанов Н.Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофармакологическая коррекция агрессивного поведения у больных психическими заболеваниями// Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Санкт-Петербург, 1994. - 38 с.
7. Никонов В.П. Особенности внебольничной профилактики ООД больных непсихотическими проявлениями шизофрении // Журнал социальная и клиническая психиатрия. -N3. - 1993. - С.42-46.
8. Первомайский В.Б. Назначение, отмена и изменение принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших ООД // Методические рекомендации. - Киев, 1988.- 25с.
9. Подрезова Л.А., Израэль Е.Н. ООД больных в инициальном периоде шизофрении и вопросы принудительного лечения // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. - М., 1987. - С.55-62.
10. Rintelen E., Gabbert Th. Rehabilitation psychisch kranker und geistig behinderter rechtsbrech - eine langzeitstudie (1969-1984) // Rehabilitation. - 1986. - Vol.25. -N.1 - P.24-29.

Поступила в редакцию 7.12.1999г.

Омельянович В. Ю.

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ СООБЩЕНИЕ I

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

В современных условиях, когда ритм социальной жизни имеет тенденцию к постоянному ускорению, а локальные войны, массовые общественные беспорядки и техногенные катастрофы становятся постоянными спутниками нашей эпохи, проблема психических расстройств, вызванных воздействием экстремальных факторов, выдвигается в ряд первоочередных вопросов современной психиатрии. Литература, посвященная изучению проблемы ПТСР освещает довольно обширный пласт исследований эпидемиологии, этиологии, предрасполагающих факторов, патогенеза, клинических особенностей и динамики этих расстройств. Вместе с тем следует отметить, что исследования в области ПТСР проводились, за редким исключением, преимущественно в странах Запада и до 1980 г. носили, в связи с отсутствием четкой терминологии и диагностических критериев, довольно разобщенный характер.

1. Ретроспективный взгляд на формирование современного научного подхода к изучению ПТСР.

Началом исследования проблемы постстрессовых психических расстройств считается описание в 1867 английским хирургом G.E. Erichsen [32] признаков «железнодорожного спинного мозга» («railway spine»). Клиническое описание этого симптомокомплекса, возникающего в результате железнодорожных катастроф, имело сходство с хроническим миеломенингитом, сочетающимся с расстройствами внимания, повторяющимися кошмарными сновидениями. Erichsen подчеркивал, что описанное им расстройство свойственно «мужчинам с активной жизненной позицией» и его не следует путать с истерией, которая «главным образом наблюдается у женщин».

Постепенно термин «железнодорожный спинной мозг» преобразовался в «железнодорожный мозг» («railway brain»), однако в результате патологоанатомических поисков органических изменений, присутствующих миеломенингиту, в мембранах нейроцитов головного и спинного мозга так и не было обнаружено.

В 1888 г. немецкий невролог Herman Oppenheim [61] использовал термин «травматический невроз» («traumatic neurosis»), ставший заголовком его книги. Началом невроза Оппенгейм считал сильные эмоции, воздействующие на организм как физический фактор.

Постепенно стало ясно, что телесное объяснение локализации научно необоснованно. Это привело к перемещению поиска из области анатомического исследования в психическое поле.

В 1909 г. швейцарский исследователь Eduard Stierlin [71], ставший основателем психиатрии катастроф (и чьи работы оказали в свое время огромное воздействие на Крепелина), в своей докторской диссертации описывал наблюдение пациентов, переживших стихийное бедствие. По его мнению, сильные эмоции являются наиболее важными факторами в этиологии «пониженного сопротивления внутри возбужденной системы», которая формирует почву для развития невроза.

В 1911 г. Stierlin в своей второй работе, посвященной психическим расстройствам в экстремальных ситуациях [72], описывая исследование жертв железнодорожной катастрофы, пришел к выводу, что социальные условия и личностная предрасположенность может способствовать развитию травматического невроза. Автор сравнивал жертв технологических бедствий с жертвами природных катастроф (из 135 людей, переживших землетрясение в Мессине в 1908 г. 25% обнаруживали посттравматические психологические нарушения, включая повторяющиеся мучительные воспоминания о катастрофе, нарушения сна и ночные кошмары). В течение первой мировой войны под «травматическим неврозом» понимали психическое расстройство, в этиологии которого ключевым моментом является «ударный шок оболочки» («shell shock»), вызывавший сотрясение головного мозга. Charcot пришел к выводу, что причину травматического невроза следует искать в психических условиях существования пациента. В Германии, где большинство психиатров традиционно относили к истерии все психогенные расстройства, первоначально были отрицательно настроены по отношению к этой гипотезе. Несколько позднее немецкой психиатрией был введен в обиход термин «военный истерический невроз». Лечение этого расстройства было настолько болезненным, что солдаты предпочитали вернуться на линию фронта. Это желание трактовалось как «полное излечение».

Психоанализ тех лет расценивал военный невроз как «полет в болезнь», «доказательство желания солдата уклониться от режима работы» [34].

В России еще в конце прошлого столетия была создана система оказания психиатрической помощи в условиях ведения боевых действий. Эффективное функционирование этой системы относится к периоду русско-японской войны. В те годы под руководством В.М. Бехтерева были разработаны основы организации психиатрической помощи в условиях локальной

войны и подготовки медицинского персонала [10].

Несколько позднее Л.О. Даркшевич [6] описал травматический невроз у участников первой мировой войны, отмечая отсутствие в его клинике каких-либо специфических, только ему одному присущих симптомов. В его монографии приводятся случаи, когда острая аффективно-шоковая травма приводила к отсроченным расстройствам в клинических формах, которые с точки зрения современной психиатрии могут быть расценены как классические варианты истерического, астенического, обсессивно-фобического расстройства невротического уровня. Однако, следует заметить, что Даркшевич высказывался против замены термина «травматический невроз» такими обозначениями, как «травматическая истерия», «травматическая психастения» или «травматическая неврастения» даже в случаях с мономорфной клинической картиной, аргументируя это тем, что этиологический фактор «накладывает особую печать на те болезненные формы, которые развиваются в зависимости от травм, вызывающих психический шок».

К вопросу военной психотравмы обращался и великий русский психиатр П.Б. Ганнушкин [5], выделявший три группы симптомов травматического невроза. К первой группе симптомов он относил возбудимость и раздражительность, выходящие за пределы астенической раздражительности; ко второй группе - приступы депрессии, а к третьей - различные психогенные истерические расстройства.

Во времена первой мировой войны наряду с термином «травматический невроз» начинает использоваться термин «военный невроз». В Германии после окончания первой мировой войны термин «травматический невроз» был заменен «неврозом компенсации», который рассматривался как «не болезнь», лишая пострадавших не только военных пенсий, но и возможности лечения. Внимание акцентировалось не на травматическом опыте пострадавших, а на их конституциональной предрасположенности, «дегенеративной склонности» и т.п. Лиц, страдающих неврозами, стали рассматривать как «паразитов нации» («Volksskorper»), не имеющих право на жизнь [79].

В отечественной психиатрии изучение психических расстройств, возникших в результате экстремальных ситуаций были продолжены после окончания первой мировой войны Л.Я. Брусиловским и соавт. [4], изучавшими последствия Крымского землетрясения 1927 г. Авторы выделяли «синдром землетрясения», включавший в себя головокружение, ощущение колебаний почвы под ногами, слабость, пониженную работоспособность, тошноту, постоянную тревогу, нарушение сна.

В период второй мировой войны и после ее окончания объектом интенсивных исследований становятся симптоматические психические расстройства. В поле зрения психиатров обычно попадали раненые бойцы, причем спустя 2-7 месяцев после ранений, однако предполагалось, что на ранних этапах эвакуации психических расстройств должно было возникать гораздо больше, чем в тыловых психиатрических госпиталях [16].

Для описания психических нарушений у ветеранов 2 М.В. авторы использовали такие термины, как «военный невроз» [46], «истощение сражения» [74], «боевая усталость» [43]. Описанный этими авторами

симптомокомплекс во многом соответствует современным диагностическим критериям ПТСР, включая в себя навязчивые воспоминания о стрессовой ситуации, кошмары, раздражительность, склонность к вспышкам гнева.

Изучая психические последствия пребывания в нацистских концентрационных лагерях у бывших депортированных и военнопленных, В.М. Морозов [11] описывал симптомы прогрессирующей астении и преждевременного старения как результат отдаленных последствий психотравмы. В течение нескольких месяцев после освобождения у этих лиц наблюдались такие нарушения, как психическая вялость, отсутствие инициативы, стремление к покою и изоляции, неуверенность в своих силах.

Существует довольно обширный пласт западной научной литературы, посвященной изучению ПТСР у узников концлагерей и военнопленных. Одними из первых исследовать психические нарушения у данного круга пациентов начали французские психиатры. Gilber-Dreifus [39] в 1948 г. сообщил о стойких астениях, определяя их как «астенический синдром депортированных», возникающий вследствие физиологических лишений и психической травматизации. Основными признаками заболевания были снижение массы тела, преждевременное и быстрое старение, вазомоторные расстройства и нарушения работы желудочно-кишечного тракта.

Интересные исследования были проведены японскими учеными, обследовавшими выживших после атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки [58]. Были обнаружены расстройства как психогенной, так и экзогенно-органической этиологии. Работы последних лет показывают, что распространенность тяжелых психических расстройств у данной группы лиц в 6 раз превышает популяционные показатели [60]. Различные авторы объясняют этот факт как результат исключительно радиационного поражения [18] либо на против-нерационных факторов [1].

Исследование ПТСР продолжилось в 1950-е годы, когда ветераны Корейской войны были исследованы в качестве контрольной группы по отношению к ветеранам второй мировой войны, а в ряде случаев, и как самостоятельная группа.

Futterman и Purnplan-Mindim [38] отмечали распространенность «травматического военного невроза» в пределах 10% среди ветеранов-пациентов психиатрических клиник. Archibald, H.C. [21], исследовав 1500 ветеранов, выделил как основные симптомы избегание ситуаций и действий, напоминающих о сражении, напряженность, возникающую при воспоминаниях о войне.

Принято считать, что диагностическая категория ПТСР возникла в результате наблюдений, сделанных в период боевых действий США в Корее и позволивших выделить в руководстве DSM-1 (1952 г.) группу «больших стрессовых реакций» (gross Stress reactions), хотя термин «травматический военный невроз» встречается и в более поздних исследованиях. Эти расстройства определялись как состояния, возникающие «в ситуации, когда индивид подвергается воздействию значительной физической нагрузки или выраженного эмоционального стресса» [33].

В 1965 г. Archibald, H.C. и Tuddenharn [22] выделили при помощи опросника MMPI у ветеранов второй

мировой войны и Корейской войны симптомы депрессии, истерии, а так же нашли 47 элементов отличия клинических проявлений «травматического военного невроза» от невротических расстройств у пациентов, заболевание которых не было вызвано пребыванием в экстремальной ситуации (группа «неветеранов»).

В 70-х годах нашего века в публикациях уделялось большое внимание изучению последствий психотравмы у военнопленных. Klonoff [51] и Beebe [24] указывали на тот факт, что у заключенных, интернированных Японией и Северной Кореей американских солдат, наблюдался больший спектр психопатологических симптомов, чем у ветеранов, интернированных Германией.

После оформления ПТСР как диагноза, в 1980 году, ряд авторов продолжили исследование данного расстройства у ветеранов второй мировой войны, Корейского конфликта и вьетнамской войны, других локальных войн. Авторы отмечали, что истинная распространенность ПТСР неизвестна, т.к. далеко не все страдающие им люди обращаются за помощью к психиатрам. Ряд авторов занимались исследованием психологических последствий катастроф как естественной, так и техногенной природы. В работах Ю.А. Александровского [1,2] в рамках психогений были описаны психические расстройства жертв катастроф, в том числе и Чернобыльской.

2. Изучение распространенности ПТСР и причин их возникновения.

Данные о распространенности ПТСР как среди общей популяции, так и среди лиц, побывавших в экстремальных ситуациях довольно противоречивы [75]. Egendorf и соавт. [31] считают, что в 16-24% случаев у лиц, побывавших в экстремальных ситуациях, развивается ПТСР, в тоже время как Centers for Disease Control (1988) указывает на распространенность, равную 15%. Helzer [45] отмечает ПТСР среди вьетнамских ветеранов в 5% случаев, в то время как Stellman и соавт. [69] указывают на 1,8-15% в зависимости от строгости критериев ПТСР.

Blake [25] писал, что из ветеранов, госпитализированных в мед. учреждения, ПТСР наблюдались у 9% ветеранов 2МВ и у 7% ветеранов корейской войны. Среди тех лиц, которые предварительно получали психиатрическую помощь, у 37% ветеранов второй мировой войны и у 80% ветеранов корейской войны имело место ПТСР.

Rosen [67] указывает, что 54% психиатрических пациентов, принимавших ранее участие во второй мировой войне, страдали ПТСР. Harel и Kahana [44] отметили, что из лиц, переживших воздушное нападение на Пирл Харбор, ПТСР отмечалось в 27% случаев. Davidson [30] отметил, что у ветеранов второй мировой войны отмечалось меньшее разнообразие симптомов ПТСР, чем у вьетнамских ветеранов, а Blum [26] указывал на тот факт, что ветераны второй мировой войны и корейской войны имели большую уверенность в правоте своего дела, чем ветераны Вьетнама.

Kulka R.A., Schelenger W.E., Fairbank J. [54] отмечают, что из 3,14 млн. лиц, прошедших вьетнамскую войну, у 15% наблюдаются ПТСР, а еще у 30,6% имеет место «частичное ПТСР».

Helzer J., Robins L. [45] в своей работе отметили тот факт, что распространенность ПТСР в общей сово-

купности населения США не более 1%, однако в группах гражданского населения, в процессе жизни подвергавшегося физическому нападению, и в группе ветеранов войн, избежавших ранений, количество больных ПТСР равно приблизительно 3,5%, а среди ветеранов, получивших ранения, количество больных возрастает до 20%.

По данным Нечипоренко В.В. и соавт [12] при ведении тяжелых, интенсивных боев частота стрессовых реакций у военнослужащих обычно достигает 10-25%. При плохой обученности войск, неумелом руководстве ими, дефиците объективной информации стрессовые реакции могут по механизмам индукции молниеносно охватить почти 100% личного состава и превратиться в коллективную панику. Острые реактивные психозы наблюдаются значительно реже - в 1-2% от общего числа личного состава.

Примером острого воздействия боевых стрессоров на личный состав явились бои в Грозном в декабре 1994-феврале 1995 г.г. Исследование авторами психического состояния 240 военнослужащих выявило у рядовых (100%) и у офицеров (81%) разной степени выраженности астенизацию, существенно снижавшую их бое-способность. Практически по всем изученным психофизиологическим показателям у данной категории лиц отмечались отклонения от номинальных значений в худшую сторону. У 73% рядовых и 89% офицеров определялся высокий уровень ситуативной тревожности, нарушения сна - соответственно у 67 и 87%.

Эпидемиологические исследования показывают, что у людей, профессиональная деятельность которых сопряжена с известной долей риска, частота возникновения ПТСР и пограничных психических расстройств гораздо выше, чем в общечеловеческой популяции. Фролова А.А. [18] указывает, что среди милиционеров патрульно-постовой службы и инкассаторов риск заболевания пограничными психическими расстройствами на 33,5% выше, чем в общей популяции и на 15,5% по сравнению с работниками других опасных профессий (13,7% у шахтеров [15], 24,8% у моряков [17]).

Вполне понятно, что методологические различия между различными диагностическими подходами (подходом National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS) и другими) делают крайне сложным изучение истинной распространенности ПТСР.

Как известно, кроме боевых действий ПТСР могут вызывать и другие, самые разнообразные ситуации экстремального характера.

Shore с соавт. [68] отмечал развитие ПТСР у 40% лиц, переживших извержение вулкана. St. Helens., Mc Fariane [56] обследовали пожарных, принимавших участие в тушении крупномасштабных лесных пожаров на юге Австралии. Авторы отметили симптоматику ПТСР у 29% личного состава этих подразделений. Исследование результатов преступного преследования [49], насилия [28], технологических катастроф [41], войны [57], указывают на то, что количество больных ПТСР может быть гораздо больше, чем отмеченные Helzer [45] 1-2% общечеловеческой выборки. Только в США ПТСР страдают от 2,4 до 4,8 миллионов граждан.

Gleser, Winget с соавт. [40], изучая психологические последствия наводнения р. Буффало (1979), обнаружили, что 30% жертв стихийного бедствия имели симптомы ПТСР в течение 5 лет. Авторы выдвинули

предположение о шести факторах, влияющих на индивидуальный психологический ответ на травматическое событие: 1) угроза жизни для самого или для «значимых других»; 2) тяжелая утрата; 3) величина физического страдания; 4) невозможность удовлетворения нормальных потребностей; 5) изменение привычного круга общения; 6) непосредственная причина бедствия.

Особого внимания заслуживает проблема ПТСР, возникших в результате преступных деяний. Преступление - проблема не только академического характера. Преступление является пролонгированной угрозой как для лиц, ранее подвергавшихся преследованию и нападению и продолжающих жить в страхе, что это повторится, так и для тех, кто наивно полагает, что он неуязвим для преступных деяний.

Исследование вызванных преступлением ПТСР отлично тем, что эти работы сосредоточены преимущественно на изучении травматического опыта женщин. Большинство этих исследований страдает от ряда концептуальных и методологических ограничений [74], заключающихся в следующем: а) сосредоточении на одном типе интенсивности психотравмы; б) не рассматривается потенциальное воздействие многократных сильных стрессоров; в) часто используются непредставительные выборки; г) использование моделей, не предусматривающих исследование связей между факторами интенсивности стрессора и частоты его воздействия.

По данным ряда авторов [66] от 39% до 70% гражданского населения в течение жизни подвергаются воздействию травматических событий, главным образом - преступлений. Resnick, H.S. и соавт. [66] отмечают, что в США 12 миллионов женщин хотя бы один раз подвергались преступному насилию. Тем не менее, эти данные являются косвенными, т.к. бихевиористский подход авторов предусматривал наличие в психогении физической силы или угрозы ее применения наряду с нежелательным сексуальным контактом (независимо от его формы). Таким образом, могла быть пропущена часть лиц, получивших травматический опыт в детстве, как и лица, подвергшиеся насилию в алкогольном или наркотическом опьянении.

Детальное описание психосимптоматики среди жертв насилия приводится в работах Burnam и соавт. [28], Wyatt и соавт. [81], Koss и соавт. [52]. Приведенные в их работах эмпирические данные кардинально опровергают многие стереотипы насилия и указывают, что большинство случаев насилия происходит в отношении детей, а насильниками чаще всего являются знакомые жертвам люди.

Ряд исследователей в своих работах [23,48,49,59,66] приводят данные относительно распространенности и психологических характеристик таких видов преступления, как физическое насилие, изнасилование в простой и извращенной форме, групповое изнасилование. Авторы уделили большое внимание разработке психологических критериев идентификации и оценки преступных деяний в рамках диагностики ПТСР, отметив, что имеющиеся на вооружении практической психиатрии подходы к оценке психотравмы далеки от совершенства.

Norris и соавт. [59] Klipatrick и соавт. [48] указали на прямую зависимость риска возникновения ПТСР от наличия непосредственной угрозы жизни и полу-

чения тяжелых повреждений при преступном нападении. Amick-McMullan и соавт [20] исследовали ПТСР, связанные с убийством. По приведенным в их работе данным из 12 500 американских граждан 9,3% потеряли в результате убийства члена семьи или друга, в результате чего у 23,3% из них имелись отдельные симптомы ПТСР, а у 4,8% - психические нарушения, полностью отвечающие диагностическим критериям ПТСР. Автор отметил, что обследуемые дети, лица пубертатного периода и взрослые имели равную вероятность возникновения ПТСР.

Распространенность ПТСР, развившихся в результате преступления вообще достигает 25%, в результате свершившегося насилия - 32%, и достигает 50% в случае, если преступление несет высокую вероятность смерти или увечья (независимо от типа преступления) [75].

По данным Kramer и соавт [53] из 30 женщин, подвергавшихся в течение 72 часов сексуальному насилию, через 6-8 недель у 73% было обнаружено клинически выраженное ПТСР.

Klipatrick и соавт. [48] идентифицировали критические факторы риска возникновения ПТСР в результате преступления, включающие в себя завершенный акт насилия, угрозу жизни и физический ущерб. Частота возникновения ПТСР при сочетании всех трех факторов (независимо от длительности их воздействия) достигает 80%. По данным Klipatrick P.G. [49] жертвы физического и сексуального насилия испытывают гораздо больше психологических проблем, чем жертвы грабежа или неудавшегося физического нападения. Почти каждый пятый (19,2%) из числа жертв насилия совершали суицидальную попытку, в то время, как только 2,2% лиц, не имевших травматического опыта, совершают суицид.

По данным Гарвардского университета более 60% населения США и около 50% американских женщин подвергались потенциально травматическому опыту. От 1 до 8% всего населения США страдает ПТСР. Из ветеранов Вьетнама ПТСР обнаруживается у 30%, а среди бывших узников концлагерей и военнопленных - у 50% лиц.

Интересные данные изучения ПТСР у пациентов с ожоговым поражением приводят в своей работе Положий Б.С. и Гурин И.В. [13]. Среди обследованных авторами пострадавших с ожогами у 8,9% развились ПТСР, причем 50,4% имели тяжелую степень ожогового поражения. У 22,1% больных ПТСР в анамнезе выделялись неблагоприятное детство, у 21,1% - склонность к алкоголизации, у 16,8% - наличие тяжелых психотравм в прошлом, у 6,2% - тяжелые физические травмы в прошлом. Ретроспективное изучение личностного преморбида у пострадавших позволило авторам говорить о большом числе лиц с акцентуациями характера (64,7% против 38,8% в контрольной группе), причем преобладали акцентуации тормозные (28,4%) и истероидные (23,9%).

Рядом исследователей был выявлен такой интересный факт, как различная частота заболеваемости ПТСР в разных расовых и половых группах.

3. Этнокультуральные особенности ПТСР.

Работы по изучению этнокультуральных аспектов особенностей ПТСР условно можно разделить на 4 направления: 1) изучение этнических групп (негры, американские индейцы, латиноамериканцы, кампу-

чийцы и т.д.);

2) травматические совокупности (ветераны войн, беженцы, жертвы пыток, жертвы преступлений, стихийных бедствий и т.д.);

3) травматические события (вьетнамская война, афганская война, Чернобыль, Хиросима и Нагасаки, геноцид красных кхмеров, нацистские концлагеря, изнасилование, преступное нападение и т.д.);

4) клинические темы (эпидемиология, клиническая диагностика, альтернативная терапия и т.д.).

В последние годы многие авторы публиковали результаты исследования этнокультуральных особенностей таких групп больных ПТСР как беженцы [37,55], ветераны войн [55,62], жертвы стихийных бедствий [37]. Была исследована распространенность ПТСР среди индокитайских беженцев из Лаоса и Вьетнама [50], среди чернокожих [63], латиноамериканских [64] и белых солдат [42] армии США, участвовавших во вьетнамской войне.

По данным авторов среди негров и латиноамериканцев ПТСР встречаются чаще, чем среди представителей белой расы.

Kulka с соавт [54] проводили результаты исследования распространенности ПТСР у ветеранов вьетнамской войны. По их данным распространенность ПТСР среди всех ветеранов Вьетнама равнялась 15%, среди негров-21%, среди солдат латиноамериканского происхождения-28% и почти 9% - среди ветеранов-женщин.

Egendorf, Kadushin с соавт. [31], исследовав 714 вьетнамских ветеранов и 626 солдат-неветеранов, пришли к выводу, что негры и латиноамериканцы сообщали о симптомах ПТСР гораздо чаще, чем белые. Хотя только 16,6% ветеранов полагали, что война имела отчетливо отрицательное психологическое воздействие на их жизни, у 70% лиц, побывавших в условиях тяжелых боев, были выявлены признаки ПТСР, причем негров из них было около 40%.

Solomon, Z. и соавт [70] отмечали, что среди израильских солдат, принимавших в 1982 г. участие в Ливанской войне, спустя 1 год после боевых действий, у 59% наблюдались ПТСР. Особенности эпидемиологии ПТСР среди европейских наций были рассмотрены в работах Weisaeth, L. и Eitinger, L. [78,79]. Penk и Allen, I.M. [62] указывали на необходимость специализированного диагностического подхода при лечении ПТСР у лиц различных рас и этносов.

Исследуя возрастные особенности заболеваемости ПТСР, Card J.J. и соавт. [29] указывали, что у 19% ветеранов Вьетнама ПТСР возникло в возрасте до 36 лет.

4. Предиспонирующие и непосредственно патогенные факторы в развитии ПТСР.

На роль психотравмы в генезе психического состояния, определяемого сегодня как ПТСР, указывал еще S.Freud [35,36], который выделяя травматические неврозы, подчеркивал, что влияние внешних патогенных факторов способно вызвать постоянную невротическую предрасположенность даже у здорового человека. S.Nau отмечал, что травматический невроз может являться переходным периодом к синдрому, при которых психотравма является фактором, открывающим основную невротическую структуру, названную O.Fenichel (1953) «психоневротическими осложнениями травматического невроза» и включающую в

себя неспецифические расстройства, такие, как истерия, невроз страха, навязчивый невроз.

В настоящее время одним из основных направлений теоретических дискуссий является выяснение той роли, которую играют любые травмирующие жизненные события с точки зрения развития психических расстройств [74]. Авторы придерживаются различного мнения о том, являются ли дистресс и психические расстройства тождественными или различающимися феноменами. Следует особо отметить три основные точки зрения. Одна из них состоит в том, что травмирующие события играют незначительную роль в этиологии психических расстройств и что необходимо проводить грань между нормальными стрессовыми реакциями и собственно патологией [74]. Другие авторы считают, что психические синдромы как раз и являются проявлениями дистресса. G.W. Brown и соавт.[27] и D.K. Kentsmith [47] утверждают, что депрессии у переживших катастрофу представляют собой дистрессовую реакцию, вызванную событиями. Авторы, придерживающиеся третьей точки зрения, исходят из того, что дистресс и психические расстройства - суть совершенно разные феномены. Сторонники этой гипотезы считают, что чрезвычайные события могут являться причиной дистресса, но не причиной возникновения психической патологии [65]. Так, например, McFarlane [56] обнаружил существование не прямой связи между ПТСР и факторами пережитого бедствия, сделав вывод о том, что дистресс является необходимым звеном, проясняющим механизмы воздействия психотравмы на возникновение психической патологии.

Известно, что шоковые психотравмирующие факторы отличаются большей силой и внезапностью воздействия. Как правило, они связаны с угрозой жизни или благополучию, воздействуя непосредственно на инстинкт самосохранения и практически неизбежно вызывают те или иные психические нарушения [8].

Ряд исследователей подразделяют патогенные факторы на внешнюю агрессию и эмоциональную травму. Внешняя агрессия характеризуется внезапной непредвиденной опасностью и угрозой смерти и считается достаточно обоснованной причиной возникновения ПТСР. W.Sargant, E. Slater [9] в своей работе подчеркивали значимость внешней агрессии, утверждая, что при определенных обстоятельствах, когда люди сильно травмированы, «никто не обладает иммунитетом». Другим фактором является эмоциональная травма. Этот фактор становится не менее важным, при условии, что самосознание и внешняя реальность не находят места в познавательных формах. По мнению В.В. Ковалева[8], шоковые психотравмирующие факторы ввиду непосредственного их воздействия на инстинктивную и низшую аффективную сферы не осознаются в полной мере и в силу быстроты их действия не вызывают сознательной интерпсихической переработки их содержания и значения. Некоторые авторы как психотравмирующий фактор рассматривают недостаточную информированность [19], необученность, неопытность пострадавших в экстремальных условиях [14] и восприятие индивидом ситуации как необычной, что и запускает, по их мнению, патологическую стрессовую реакцию[16]. Так Й.М. Хавенаар и соавт.[19], изучавшие последствия Чернобыльской катастрофы, утверждают, что уровень стресса в зна-

чительной степени может определяться воздействием имеющейся информации, а не уровнем реальной опасности.

В литературе описаны попытки, направленные на различение физических и эмоциональных составляющих травмы, но ПТСР зачастую возникают у лиц, не получивших ни ранений, ни увечий, а только лишь интенсивно переживавших чувство потенциальной опасности [76].

Довольно многочисленный ряд авторов считают различие между физической и эмоциональной травмой несущественным и полагают, что между этими двумя компонентами всегда существует сильное взаимодействие [3,14].

Советский ученый Ф.И. Иванов [7], исследовавший

психогенные психозы в период 2 мировой войны, признал весьма важным в развитии этих состояний характер психотравмирующего воздействия. Предрасполагающими факторами, по его мнению, могли служить перенесенные в прошлом травмы черепа, нейроинфекции, а также личностные особенности. По мнению А.Кардиенер [46] ПТСР могут развиваться вследствие одного или нескольких травмирующих событий. Многими авторами отмечается зависимость клинической картины от характера психотравмы - была она острой или хронической, непосредственной или потенциальной, а также от ее природы и содержания [3,11]. Как западные, так и отечественные авторы считают, что дополнительные психотравмирующие факторы способствуют затяжному течению ПТСР [3].

Омелянович В.Ю.

ПРОБЛЕМА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОПОХІДНОГО РОЗЛАДУ В СУЧАСНІЙ ПСИХІАТРІЇ ЧАСТИНА I

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

В I частині статті дається широкий огляд наукової літератури, присвяченої вивченню проблеми посттравматичного стресопохідного розладу. Описані історичні етапи формування ПТСР як нозологічної одиниці у вітчизняній та закордонній психіатрії. Наведені та критично розглянуті багаті дані щодо результатів вивчення проблеми постстресових розладів у межах епідеміологічних досліджень, особлива увага звернута на етнокультуральні особливості розвитку ПТСР. За матеріалами літератури докладно описані результати дослідження преіспонуючих та патогенних факторів у генезі ПТСР, розглянуті посттравматичні стресопохідні розлади, що виникають внаслідок злочинів, бойових дій, утримання в концентраційному таборі та інших екстремальних ситуацій.

У II частині розглядатимуться, надруковані у науковій літературі останніх років, результати психолого-психіатричних, психофізіологічних, нейробіологічних та лабораторно-клінічних дослідів вітчизняних та західних авторів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 131-137).

Omelianovich V.U.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PROBLEM IN MODERN PSYCHIATRY PART I

Donetsk State medical University by M.Gorky, Ukraine

In the I part of the article the wide review of the scientific literature, devoted to posttraumatic stress disorder problem research is given. The historical stages of PTSD formation as nosological unit in domestic and western psychiatry are described. Wide epidemiological data are given and critically considered, special attention is devoted to ethnic and cultural features of PTSD development. The results of pre-desponding and pathogenic factors in PTSD genesis are detailly described on literature materials base. Also, posttraumatic stress disorder, arised in result of criminal, battle actions, imprisoning in concentration camps, other extreme situations are considered.

In the II part will be considered the results of psychological - psychiatric, psychophysiological, neurobiological and laboratoryally-clinical researches of domestic and western authors, published in the scientific literature of last years. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 131-137).

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.-М., 1993.
2. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., соавт.// Журн. Невропатол. и психиатр.-1989.- №5. - С. 111-117.
3. Боев И.Н. Зубов А.А. и соавт. Тактика антистрессовой терапии у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами заложников и лиц, пострадавших в результате террористического акта в июне 1995 г. в г. Буденновске. - Ставрополь, 1995.
4. Брусиловский Л.Я., Бруханов А.П., соавт. Землятресение в Крыму и нервно-психический травматизм. - М., 1928.
5. Ганнушкин П.Б. // Труды психиатрической клиники 1-го Моск. Ун-та. - 1927. - Вып. 2. - С. 54.
6. Даркшевич Л.О. Травматический невроз. - Казань, 1916.
7. Иванов Ф.И. Реактивные психозы в военное время. - Л., 1970.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. 2-е изд. М., 1995.
9. Краснянский А.Н. // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации нервно-психических и наркологических заболеваний. - Томск, 1990. - С. 53-54.
10. Литвинцев О.В., Кузнецов Ю.М. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 164-165.
11. Морозов Н.Б. // Съезд психиатров России, 12-й:

Материалы. - М., 1995. - С. 478-479

12. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В.// Военно-медицинский журнал. Т. 318., С. 22-26. М. - 1997.

13. Положий Б.С., Гурин И.В. // Российский психиатрический журнал №1,1997, С.21-24.

14. Румянцева Г.М., Грушков А.В., и др. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 172-174.

15. Табачников А.Е. Пограничные психические расстройства у работников угольных предприятий: Дис. ... канд. Мед. наук.-М., 1991.

16. Тукаев Р.Д. // Съезд психиатров России, 12-й: Материалы. - М., 1995. - С. 178-180.

17. Ульянов И.Г. Клиника, типология, психотерапия пограничных нервно-психических расстройств у рыбаков в морских условиях: Дис. ... д-ра мед. наук. - Владивосток, 1996.)

18. Фролова А.А. //Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.

19. Хавенаар И.М., Румянцева Г.М., ван ден Баут Я. // Соц. и клин. Психиатр. - 1993. - № 1. - С. 11-16.

20. Amick-Mcmullan, A., Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. // Behavior Modification, -1991, N 15, -P. 545-559.

21. Archibald, H.C., Long, D.M., Miller, C. & Tuddenham, R.D. Gross stress reaction in combat C a 15-year follow-up. //

- American Journal of Psychiatry.- 1962, N 119, -P.317-322.
22. Archibald, H.C. & Tuddenham, R.D. Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up. // Archives of General Psychiatry.- 1965, N 12, -P. 475-481.
23. Bachman, R. Violence against women. A National Crime Victimization Survey report. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.- 1994.
24. Beebe, G.W. Follow-up studies of World War II and Korean War prisoners: II. Morbidity, disability and maladjustments. // American Journal of Epidemiology.- 1975, N 101, -P.400-422.
25. Blake et al. // PTSD Research Quarterly.- 1990, N 1(3).
26. Blum, M.D., Kelly, E.M., Meyer, M., Carlson, C.R. & Hodson, W.L. An assessment of the treatment needs of Vietnam-era veterans. Hospital and Community Psychiatry.- 1984, N 35, -P.691-696.
27. Brown G.W., et all. // Brit.J. Psychiatr. - 1985. - vol.147. - P. 612-622.
28. Burnam, M.A., Stein, J.A., Golding, J.M., Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Forsythe, A.B. & Telles, C.A. Sexual assault and mental disorders in a community population. // Journal of Consulting and Clinical Psychology.- 1988, N 56, -P.843-850.
29. Card, J.J. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. Journal of Clinical Psychology.- 1987, N. 43, P. 6-17.
30. Davidson, J.R.T., Kudler, H.S., Saunders, W.B. & Smith, R.D. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. Comprehensive Psychiatry, -1990, N 31, -P.162-170.
31. Egendorf, A., Kadushin, C., Laufer, R.S., Rothbart, G. & Sloan, L. Legacies of Vietnam: comparative adjustment of veterans and their peers. New York: Center for Policy Research.- 1981.
32. 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.
33. Figley C.R. // Stress Disorders Among Vietnam Veterans. - New York, 1978. - P. 216-278.
34. 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.
35. Freud S. Standart Edition of the Complete Psychoanalytic Works of S. Freud. - London, -1959. - P. 346-357.
36. Freud S. The Standart Edition of the Complete Psychoanalytic Works of S. Freud. - London, 1955. - Vol.17. - P. 218-242.
37. Friedman, M.J. & Yehuda, R. Post-traumatic stress disorder and comorbidity: Psychobiological approaches to differential diagnosis. -1997.-P. 429-445
38. Futterman, S. & Pumpian-Mindlin, E. Traumatic war neuroses five years later. // American Journal of Psychiatry.- 1951.- N 108, -P.401-408.
39. Gilber-Dreifus// Международная конф. «Отдаленные нервно-психические последствия у военнопленных».-М., 1957.-С.21 -23Lars Weisaeth, MD and Leo Eitinger, MD, research on ptsd and other post-traumatic reactions: european literature (part II) division of disaster psychiatry ptsd research quarterly, Volume 2, Number 3, Summer 1991 published by the National Center for Post-Traumatic Stress Disorder.
40. Gleser, G.C., Green, B.L. & Winget, C. Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press.- 1981.
41. Green, B.L. Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), International Handbook of Traumatic Stress Syndromes (pp. 135-144). New York: Plenum Press.- 1993.
42. Green, B.L., Grace, M.C., Lindy, J.D. & Leonard, A.C. Race differences in response to combat stress. // Journal of Traumatic Stress, -1990, N 3, P. 379-393.
43. 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.
44. Harel, Z. & Kahana, B. The Day of Infamy: The legacy of Pearl Harbor. In J.P. Wilson (Ed.), Trauma, Transformation, and Healing. - 1989, -P.129-156. New York: Brunner/Mazel.
45. Helzer, J.E., Robins, L.N. & Mcevoy, L. Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiologic catchment area survey. New England Journal of Medicine, -1987, N 317, -P.1630-1634.
46. Kardiner A., Spiegel H. War, Stress and Neurotic. - New York, 1947.
47. Kentsmith D. K. // Aviat. Space Environ. Med. - 1980. - Vol. 51, N 4. - P. 409-413.
48. Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. Rape, other violence against women, and post-traumatic stress disorder: Critical issues in assessing the adversity-stress-psychopathology relationship. In B. Dohrenwend (Ed.), Adversity, stress, and psychopathology. Washington, DC: American Psychiatric Press. - 1997.
49. Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-Mcmullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. & Resnick, H.S. Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. // Behavior Therapy, -1989, N 20, -P. 199-214.
50. Kinzie, J.D., Boehnlein, J.K., Leung, P.K., Moore, L.J., Riley, C. & Smith, D. The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. // American Journal of Psychiatry.- 1990, N. 147, -P. 913-917.
51. Klonoff, H., Clark, C., Horgan, J., Kramer, P. & McDougall, G. The MMPI profile of prisoners of war. Journal of Clinical Psychology.- 1976, N 32, -P. 623-627
52. Koss, M.P, Woodruff, W.J. & Koss, P.G. Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage. Behavioral Sciences and the Law, -1991, N 9, -P. 85-96.
53. Kramer, T.L. & Green, B.L. Posttraumatic stress disorder as an early response to sexual assault. // Journal of Interpersonal Violence.- 1991, N 6, -P. 160-173.
54. 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.
55. Marsella, A.J., Friedman, M.J. & Spain, E.H.. Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of issues, re-search, and directions. In J.M. Oldham, A. Tasman & M. Riba (Eds.), American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 12. Wash-ington, DC: American Psychiatric Press.- 1997
56. McFarlane, A.C. Long-term psychiatric morbidity after a natural disaster: Implications for disaster planners and emergency services. // Medical Journal of Australia.- 1986, N145, -P.561-563.
57. Mollica, R.F., Wyshak, G. & Lavelle, J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. // American Journal of Psychiatry.- 1987, N 144, -P.1567-1572.
58. Nisikawa T., Tsuki S. // Nagasaki med. J. - 1961. - Vol. 36, N 11. - P. 717-722.
59. Norris, F.H. & Kaniasty, K. Psychological distress following criminal victimization in the general population: Cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses. // Journal of Consulting and Clinical Psychology, - 1997, -P. 125-131.
60. Ohta Y., Ueki K., Otsuka T. Et al. // Clin. Psychiatr. - 1991. - Vol. 33, N 2. - P. 165-173.
61. 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.
62. Penk, W.E. & Allen, I.M. . Clinical assessment of post-traumatic stress disorder (PTSD) among American mi-norities who served in Vietnam. // Journal of Traumatic Stress, -1991, N. 4, -P. 41- 66.
63. Penk, W.E., Robinowitz, R., Dorsett, D., Bell, W. & Black, // J. Posttraumatic stress disorder: Psychometric assessment and race. In T.W. Miller (Ed.), Stressful life events pp. 525-552, - 1989, Madison, Connecticut: International Universities Press.
64. Pica, G. Diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder in Hispanic Viet Nam veterans. In S.M. Sonnenberg, A.S. Blank & J.A. Talbott (Eds.), The trauma of war: Stress and recovery in Viet Nam veterans.- 1985, pp. 389-402. Washing-ton, DC: American Psychiatric Press.
65. Quarantelli E.L., Dynes R.R.// Amer. Rev. Soc. - 1977. - Vol. 3. - P. 23-49
66. Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, -1993, N 61, -P.984-991.
67. Rosen et al. // PTSD Research Quarterly, -1989, N 1(1).
68. Shore, J.H., Tatum, E.L. & Vollmer, W.M. Evaluation of mental effects of disaster, Mount St. Helens eruption. // American Journal of Public Health, -1986, N 76 (Suppl. 3), -P.76-83.
69. Stellman, J.M., Stellman, S.D. & Sommer, J.F. Social and behavioral consequences of the Vietnam experience among American Legionnaires. Environmental Research, -1988, N 47, -P.129-149.
70. Solomon, Z., Weisenberg, M., Schwarzwald, J. & Mikulincer, M. Posttraumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction: The 1982 Israeli experience. American Journal of Psychiatry, -1987, N. 144, P. 448-454.
71. Stierlin, E. †ber psychoneuropathische Folgezustände bei den Iberlebenden der Katastrophe von Courri_res am 10. Marz 1906. [On the psychoneuropathic consequences among the survivors of the Courri_res catastrophe of 10 March 1906]. Doctoral dissertation, University of Zyrich.- 1909.
72. Stierlin, E. Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. [Nervous and psychic disturbances after catastrophes]. Deutsches Medizinisches Wochenschrift, -1911, N37, -P. 2028-2035.
73. Stout, S.C., Kilts, C.D., & Numero, C.B. Neuropeptides and stress: Preclinical findings and implications for pathophysiology. -1998-P. 103-123.
74. Terence M. Keane, PhD // the epidemiology of post-traumatic stress disorder:some comments and concerns // Ptsd Research Quarterly, Volume 1, Number 3, Fall 1990.
75. Thompson J., Cheung Chung M., Rosser R. // Eur. J. Psychiatr. - 1995. - Vol. 9, N 4.- P. 197-208.
76. Vrana, S. & Lauterbach, D. Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. // Journal of Traumatic Stress, -1994, N 7, -P. 289-302.
77. 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.
78. Weisaeth, L. & Eitinger, L. Research on PTSD and other post-traumatic reactions: European literature (Part II). PTSD Research Quarterly, 1991, 2(3), 1-7.
79. Williams, R.B. Somatic consequences of stress. -1997,-P. 403-412.
80. Wyatt, G.E., Lawrence, J., Vodounon, A., & Mickey, M.R. The Wyatt Sex History Questionnaire: A structured interview for female sexual history taking. // Journal of Child Sexual Abuse, - 1992, N1(4), -P.51-68.

Поступила в редакцию 21.06.99г.

УДК 615. 099

А.В.Погосов, В.А.Роцин, А.В.Козырева

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ТОКСИКОМАНИИ (ИСТОРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ)

Курский государственный медицинский университет, Курская психиатрическая больница, Россия

Ингалянты – летучие вещества, вдыхаемые с целью опьянения. Первые факты их употребления отмечены в конце прошлого столетия, когда в среде медицинских работников появилась эфиромания. Позже были опубликованы данные об использовании для получения эйфории закиси азота [20]. В 1881 году L. Levin в монографии «Наркотики и стимулирующие средства, их употребление и злоупотребление» привел подробное наблюдение бензиномании, приведшее к нарушению нервной системы [44]. В 50-е – 70-е годы нашего столетия увеличилось число сообщений о злоупотреблении подростками в США, а затем в Англии, Франции, ФРГ, Италии, Австрии и других странах различными летучими веществами [25]. В Великобритании впервые эта проблема привлекла внимание в ноябре 1970 года в Ланкашире (Шотландия). Полицией были арестованы молодые люди в состоянии опьянения, вызванного вдыханием паров вещества, украденного с промышленного предприятия [44]. В отечественной литературе единичные работы, посвященные ингаляционным токсикоманиям (ИТМ), появились с середины 70-х годов [10, 11, 19, 36].

Круг ингалянтов, используемых в настоящее время с целью опьянения, достаточно широк. Для их обозначения в специальных литературных источниках применяют различные термины: «летучие вещества» [13], «летучие растворители» [22, 48, 49, 60], «летучие ароматические вещества» [42], «летучие наркотически действующие вещества» [35], «средства бытовой и промышленной химии» [25], «летучие углеводороды» [12, 37], «летучие органические соединения» [2].

Д. Т. Брукс с соавт. [2] предлагают классифицировать ингалянты следующим образом: I. Летучие органические соединения (ЛОС) – клеи, аэрозоли, растворители. II. Летучие нитриды. III. Газы для анестезии (закись азота).

В 1987 году в DSM-III-R ингалянты были включены в перечень веществ, вызывающих зависимость. В него не вошли анестезирующие газы (закись азота, эфир) и вазодилататоры кратковременного действия (амил- и бутилнитриты). Это связано с тем, что, во-первых, клиника и интоксикация при их употреблении отличаются от таковых при вдыхании других ингалянтов, во-вторых, они часто используются с другой целью, например, как средство, усиливающее сексуальную активность [2, 13].

В последние годы внимание исследователей привлекает злоупотребление летучими органическими соединениями. Они представляют собой жидкие углеводороды, получаемые дистилляцией и фракционированием из неочищенной нефти [2]. Для ингаляции

используются различные марки бензинов, растворители лаков и красок как сами по себе (ксилол, толуол, бензол, ацетон), так и их смесевые составы (типа 646 и 647 растворителей), пятновыводители (перхлор-этилен, «Сопал», «DOMAL», «ВИЦИ»), синтетические клеи («Момент», «Суперцемент», «Резиновый»), освежители воздуха, дезодоранты, жидкости для снятия лака с ногтей, антистатик, корректировочные жидкости для пишущих машинок, горючие и выхлопные газы и др. [24]. Самым простым способом применения ЛОС является вдыхание паров ингалянта от смоченной им ваты из бумажного или целлофанового кулчка. Для лиц с большими сроками злоупотребления характерен прием ингалянта путем его впитывания через выбритую кожу волосистой части головы. Наиболее опасным способом (чреват летальным исходом от удушья) считается вдыхание паров ЛОС с надетым на голову пластиковым пакетом – «метод мешка» [35, 42].

Популярность ингалянтов обусловлена низкой стоимостью, многообразием форм выпуска, отсутствием строгого учета, легкостью применения, наступлением быстрого эффекта опьянения, короткой продолжительностью действия, скорым исчезновением признаков употребления, небольшим количеством выраженных побочных эффектов [2].

Наибольшую актуальность данная проблема приобрела в последние 20 лет. Это заболевание распространилось в Великобритании, ФРГ, США, Канаде [20, 56], Мексике [62], Бразилии [53]. По сообщению ВОЗ случаи ингаляционных токсикоманий выявлены в Бангладеш, Кот-д-Ивуаре, Гватемале, Марокко, Новой Зеландии, на Филлиппинах и в Румынии [7].

Д. Т. Брукс с соавт. [2] подчеркивают, что если в течение 80-х годов в США 3,5 - 15 % студентов вузов вдыхали летучие вещества, то в 1993 – 1994 годы уровень их применения возрос до 17 %. В 1993 году 1 из 5 учеников 8 класса хотя бы однократно вдыхал клей, аэрозоль или растворитель. Этот показатель на 2 % превосходит таковой в 1992 году.

В докладе, посвященном зависимости от летучих веществ, опубликованном в 1996 году в США, указывается, что их употребляют 20% людей, страдающих наркоманической зависимостью. За период с 1988 по 1992 годы потребление кокаина и героина у подростков снизилось, в то время как число лиц, использующих ЛОС, существенно не изменилось [46].

Эпидемиологические аспекты ингаляционных токсикоманий не являлись предметом серьезных исследований в России. Е.А. Кошкина с соавт. [14] выявили, что среди учащихся СПТУ 23,13% юношей и 12,9% девушек употребляли психоактивные средства, при-

чем, на втором месте было вдыхание паров бензина, клея, ацетона, аэрозолей.

Изучению социально-демографических характеристик лиц, злоупотребляющих ингалянтами, посвящен ряд работ. На начало употребления ингалянтов в детском и подростковом возрасте указывают все авторы [13, 42, 45]. Основную группу составляют подростки 12-15 лет, в более старшем возрасте уровень потребления ингалянтов снижается и в раннем зрелом возрасте сходит на нет [2, 42].

Пристрастие к ингалянтам более характерно для лиц мужского пола. Как считают Д.Т. Брукс с соавт. [2], мужчины используют их примерно в 2 раза чаще, чем женщины. По данным В.Г. Москвичева [25], удельный вес девочек среди злоупотребляющих составляет около 3%. S.C. Bates с соавт. [48], изучая этнокультуральные аспекты использования летучих растворителей, обследовали американских индейцев, американцев мексиканского происхождения и евроамериканцев. Установлено, что среди индейцев более склонны к заболеванию лица женского пола, в то время как в других этнических группах – юноши.

Ингаляционная токсикомания чаще встречается среди лиц с низким социальным статусом [42], малообеспеченных [13] и представителей национальных (расовых) меньшинств [2].

Недостаточно освещены мотивация употребления ингалянтов, факторы риска ингаляционных токсикоманий. Чаще всего мотивами злоупотребления ингалянтами называют любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, конформность со «своей» группой сверстников [20], необходимость самоутвердиться в референтной группе, возможность получить более яркие впечатления, облегчение контактов, подражание авторитетным подросткам [33]. О.Н. Елисеев, Т.И. Исмаилов [9] указывают, что для одних детей ингаляция служит целям адаптации к специфической социальной среде, для других становится престижным средством удовлетворения дефицита внимания к себе путем создания ореола исключительности. J.M. Bastus с соавт. [47] рассматривают в качестве мотива потребления ингалянтов стремление подростка получить удовольствие. По их данным гедонистическое потребление ингалянтов известно давно. Г.А. Милушева, Н.Г. Найденкова [23] считают, что мотивация приема ингалянтов подростками направлена на устранение отрицательных переживаний и облегчение реализации потребности в общении со сверстниками. Л.К. Шайдукова с соавт. [43] выявили следующие психологические механизмы ингаляции: усиление эмоционально-перцепторного компонента психики, компенсация эмоционального отвержения, ослабление гиперпротекционного давления.

R.A. Saruto [50] подчеркивает, что ни одна из существующих теорий причин употребления детьми и подростками летучих химических веществ не дает исчерпывающего объяснения данного феномена. Представления взрослых людей о жизни и алкоголе оказывают существенное влияние на поведение детей, в частности, на употребление ими летучих веществ. Автор подчеркивает необходимость изучения культуральных факторов, мотивирующих детей и подростков к их приему.

С.Ю. Чебураков [38] выделил три основных фактора риска приобщения к ингалянтам: 1. Хронический алко-

голизм родителей и распад семьи; 2. Скука, безделье, неумение занять себя; 3. Несостоятельность подростка в учебе.

По убеждению В.Г. Москвичева [26], факторами риска ИТМ являются наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими заболеваниями, органическая церебральная недостаточность, недоразвитие личности, неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей.

В.Г. Москвичев, Т.В. Чернобровкина [27] к биологическим факторам риска развития ингаляционных токсикоманий у подростков относят низкую исходную величину толерантности к алкоголю.

По мнению В.В. Чирко [40], О.А. Ашихмина [1], начало злоупотребления ингалянтами в значительной мере определяется особенностями преморбидных личностных девиаций. Исследования А.А. Вдовиченко [4] показали, что среди злоупотребляющих ингалянтами акцентуации характера выявляются достоверно чаще, чем в общей популяции сверстников. В возрасте 14 лет и старше акцентуации характера среди ингалирующих обнаружены у 93 % обследованных. Преобладают эпилептоидный [4, 21, 31] и неустойчивый [21, 31] типы. Реже встречаются конформная, гипертимная и циклоидная акцентуации. По данным Ю.В. Попова [30] наибольшую склонность к ингалированию определяют не только эпилептоидная, неустойчивая, но и истероидная и шизоидная акцентуации характера. Подростки с сенситивной и психастенической акцентуациями избегают употребления ингалянтов. В наблюдениях В.Н. Петрова с соавт. [29] удельный вес конформных подростков среди ингалирующих составил 41%. Т.З. Волкова, М.Г. Лиленко [6], изучив с помощью ПДО психологические особенности детей, страдающих бензиновой токсикоманией, чаще других констатировали неустойчивый и эпилептоидный типы личности. И.Ю. Лавкай, А.А. Александров [16], используя аналогичные методические подходы, в 47,4 % случаев обнаружили неустойчивую акцентуацию характера в сочетании с эпилептоидностью, шизоидностью, истероидностью, эмоциональной лабильностью и гипертимностью.

В проанализированных литературных источниках содержатся сведения о медико-социальных последствиях злоупотребления ингаляционными средствами. Хроническая интоксикация последними является причиной выраженных и стойких изменений со стороны различных органов и систем человека.

Н. Altenkirch [45], изучив вредное воздействие на организм человека ингалянтов, пришел к заключению, что их потребление является причиной нарушений функции органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, деятельности почек. Д.Т. Брукс с соавт. [2] рассматривают в качестве соматических последствий хронического применения ингалянтов жировое перерождение печени, цирроз, гломерулонефropатию, нефролитиаз, лейкемию, апластическую анемию, миопатию. Кроме того, ингалянты, относящиеся к алифатическим и галогенизированным углеводородам, вызывают сердечную аритмию (желудочковая тахикардия, фибрилляция). А.Г. Величко, Н.А. Ланцова [5] обнаружили у больных ИТМ фарингиты, бронхиты, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, поражения печени. М. Lope-Huerta с соавт. [58] сделали

вывод, что хроническая ингаляция органических растворителей вызывает нарушения со стороны органа слуха. D. Kuspis с соавт. [55] приводят наблюдение обморожения языка и губ у 16-летнего юноши, вдыхавшего препарат, содержащий 1,1 – дифторэтан.

Y. Lolin [57] при хронической интоксикации летучими веществами выявил неврологические расстройства в виде периферических нейропатий и мозжечковых нарушений. Установлены их особенности в зависимости от разновидности употребляемого ингалянта. Последствием злоупотребления трихлорэтиленом является невралгия тройничного нерва. Мозжечковые нарушения более характерны для ингаляции толуолом. Об изменении нервной трофики при ИТМ свидетельствует своеобразный симптом – белые полосы на ногтях, нечто вроде «паспорта токсикомана» [45].

К числу серьезных осложнений ИТМ относят острую и хроническую энцефалопатию. В.Г. Москвичев [25] приводит 2 случая острой токсической энцефалопатии в результате передозировки ингалянта. После завершения реанимационных мероприятий при прояснении сознания выявлялись заторможенность, малоподвижность, фиксационная амнезия, конкретность мышления. А.С. Чудин [41] наблюдал токсическую энцефалопатию в результате остро го отравления ингалянтами. У больных развивался стойкий психоорганический синдром с расстройствами памяти, внимания, интеллектуальным снижением.

На быстрое возникновение психических последствий злоупотребления ингалянтами обращает внимание П.Д. Шабанов [42]. Уже в течение первых недель их приема теряется самоконтроль, подростки становятся дерзкими, агрессивными, убегают из дома, дерутся, совершают различные преступления. Через 2-3 месяца систематического употребления ингалянтов появляются интеллектуальное снижение, обеднение психической деятельности. По мнению автора причиной формирования психоорганического синдрома является токсическая энцефалопатия. О ее наличии свидетельствуют признаки очагового поражения ЦНС, диэнцефальная и пирамидная симптоматика.

В.Г. Москвичев [25], описывая психические последствия злоупотребления ингалянтами, отмечает грубые изменения личности больных. В их поведении на фоне аффективной лабильности выступают злобность, жестокость и агрессивность. Быстро нарастают интеллектуально-мнестические расстройства: трудности сосредоточения, осмысления, запоминания, использования прежних знаний и навыков. Развивающиеся расстройства психической сферы автор рассматривает как явления токсической энцефалопатии.

Подробное описание психоорганического синдрома, вызванного летучими токсическими веществами, у 30 подростков содержится в работе Т.З. Волковой, М.Г. Лиленко [6]. В одних случаях они были злобными, драчливыми, жестокими, в других – избирательно контактными с окружающими, пассивно подчиняемыми. Интеллектуальная деятельность обследованных находилась на уровне пограничной умственной отсталости. Характерными являлись недостаточное осмысление социальных норм, низкие способности к анализу и обобщению. Качество интуитивно-практического мышления, способность формирования специальных школьных навыков были низкими. Обнаружены узкий объем непосредственного запоминания и крат-

ковременной оперативной памяти, слабая функциональная активность произвольного внимания и низкая работоспособность.

А.Н. Ибатов, А.А. Бажин [12] также располагают данными о развитии органического психосиндрома при ИТМ. Для этих больных были характерны снижение интереса к творческой деятельности, утрата целей в жизни, пренебрежение морально-этическими нормами и своими обязанностями, сочетающиеся с ослаблением памяти, снижением критики и интеллекта, колебаниями аффекта в сторону тоскливо-злобного.

В некоторых источниках отсутствуют указания на развитие токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома в результате хронического употребления ингалянтов, однако, судя по приведенному описанию, речь в них идет именно об этом. По данным М.Г. Гулямова с соавт. [8] для больных ИТМ характерны снижение интеллекта, раздражительность, конфликтность, жестокость. Периодически беспричинно у них отмечаются насильственный громкий хохот, быстро сменяющийся мрачной злобностью. Особенностью психического состояния детей и подростков, злоупотребляющих ингалянтами, согласно наблюдениям В.Т. Лекомцева и С.М. Плотникова [18], являются быстрая утомляемость, нетерпеливость, возбужденность, раздражительность, неспособность к значительным психическим нагрузкам, снижение памяти, аутизм. На сходные нарушения психической деятельности указывает В.В. Захаров [10]. Через 1,5-2 мес. систематического употребления ингалянтов у больных развивались психические изменения в виде несдержанности, вспыльчивости, раздражительности, снижения памяти, сообразительности. Ш.А. Мурталибов с соавт. [28] отмечают у подростков, вдыхающих летучие вещества, трудности в сосредоточении, утомляемость, затруднение осмысления, ослабление памяти.

В работе А.Е. Личко, В.С. Битенского [20] представлена оценка психических последствий злоупотребления в зависимости от разновидности ингалянта. Авторы подчеркивают, что психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия особенно выражены при ингалировании бензина и толуола. При злоупотреблении пятновыводителями отмечена меньшая степень поражения ЦНС.

В ряде исследований приводятся параклинические данные, подтверждающие наличие органического поражения мозга при хроническом употреблении ингалянтов. М.Г. Гулямов с соавт. [8] сделали это, используя ЭЭГ-исследование. И.И. Бушев с соавт. [3] провели компьютерную томографию лицам, употреблявшим ингалянты. При эпизодическом их приеме обнаружено расширение IV желудочка, силвиевых и межполушарных щелей. При хроническом ингалировании, кроме того, выявлено расширение оптико-хиазмальной цистерны, атрофия червя мозжечка. Сходные результаты при проведении пневмоэнцефалографии и компьютерной томографии больным ИТМ получены Y. Lolin [57].

Эпилептогенное действие ингалянтов в эксперименте на крысах (воспроизведена хроническая интоксикация бензином, толуолом, ацетоном и хлороформом) проявлялось появлением миоклонических судорог и эпилептической активностью на ЭЭГ [17].

P.J. Katzelnick с соавт. [54] при помощи магнитной томографии у мужчины 20 лет, в течение 7 лет вдыхав-

шего пары толуола, выявили диффузные изменения сигнала в подкорковом белом веществе, свидетельствующие о демиелинизации. Авторы предполагают, что с этими нарушениями связаны аффективные расстройства у злоупотребляющих органическими растворителями.

К медицинским последствиям злоупотребления ингалянтами относят и острые психозы. В литературных источниках содержатся отрывочные упоминания о них [2, 10]. В.И. Савченко [32] описывает случай острого психоза у 10-летнего мальчика, ингалировавшего клей. Он развился через 2 недели после последнего его приема. В клинической картине психоза, продолжавшегося 10 дней, имели место иллюзии, зрительные галлюцинации, страх.

М. Tenenbein с соавт. [64] на основании обследования 27 детей (возраст от 3 до 6 лет), матери которых употребляли растворители во время беременности, пришли к выводу об отсутствии их токсического действия на плод. Иные результаты получены М. Tenenbein ранее [63]. Он наблюдал 48 случаев абстиненции у новорожденных, чьи матери страдали ИТМ. От младенцев исходил запах ингалянта, они были плаксивыми, сонливыми, отмечались повышение мышечного тонуса, усиление рефлекса Моро, тремор, плохой аппетит.

По данным Д. Т. Брукса с соавт. [2] основной опасностью применения ингалянтов являются летальные исходы, возникающие в результате их передозировки. Причиной смерти могут быть, в одних случаях, аритмия, в других – угнетение дыхания. Злоупотребление ингалянтами повышает риск возникновения летального исхода вследствие травмы. Количество смертей от потребления ингалянтов постоянно растет во всем мире с 70-х годов. В Великобритании еженедельно от «нюхания» умирает как минимум 2 человека молодого возраста [56]. В 1988 году в этой стране смертность от злоупотребления растворителями достигла наивысшей отметки и составила 134 случая, половина из которых – лица 16 лет и моложе [61].

Небольшое число работ посвящено поиску метаболических нарушений при хронической интоксикации ингалянтами. Т.В. Чернобровкина, М.В. Ибрагимова [39] путем биохимического скрининг-тестирования подростков, употребляющих ингалянты, выявили следующие синдромы: гепатотоксический, кардиотоксический, энцефалотоксический, нефротоксический и смешанный токсикоорганический. Обнаружены выраженные дисметаболические расстройства и энзимопатии, свидетельствующие об обширной органопатологии.

А.М. Селедцов [34], используя клинико-биохимический метод, установил, что в основе формирования психоорганических расстройств лежат изменения в антиоксидантных системах организма вследствие усиления интенсификации процессов перекисного окисления липидов.

Тяжелые и разносторонние поражения нервной ткани, возникающие при употреблении ингалянтов, П.Г. Сметанников [35] связывает с их способностью растворять жиры и разрушать оболочки нейронных структур (нейрональные мембраны содержат 45% липидов, миелиновые оболочки – 75%). Следствием этого являются дегенерация аксонов, вторичная центральная демиелинизация, глиоз, расширение желудоч-

ков, борозд и атрофия мозга. Сходной точки зрения придерживаются Е.В. Evans, R.L. Balster [52]. Они считают, что ингалянты обладают высокой жирорастворимостью, могут изменять физико-химические свойства мембран нейронов и нарушать ГАМК-ергическую передачу.

Многие исследователи подчеркивают, что ИТМ служит «трамплином», «входными воротами» для формирования других разновидностей наркоманий и токсикоманий [12, 25, 28, 35]. Это связано с утратой эйфоризирующего и галлюциногенного эффектов ингалянтов на поздних этапах употребления. Их вдыхание уже не улучшает физическое и психическое состояние, что приводит к переходу на другое психоактивное средство, чаще всего эфедрон [12], алкоголь [24], реже используются лекарственные средства. По данным J. Eden [51] примерно 25% больных героиновой наркоманией ранее имели опыт злоупотребления летучими органическими веществами. Balster [46] отмечает, что лица, злоупотребляющие ингалянтами, в 46 раз чаще переходят на прием инъекционных наркотиков.

Злоупотребление ингалянтами идет рука об руку с социальной дезадаптацией [20]. Специально разработанная шкала риска социальной дезадаптации позволила обнаружить его у 77% злоупотреблявших ингалянтами. Среди учащихся профессионально-технических училищ, не замеченных в их употреблении, эта цифра составила 12% [38]. Причиной социальной дезадаптации у больных ИТМ является токсическая энцефалопатия [30]. Ее формирование делает невозможной трудовую деятельность, приводит к грубой социальной декомпенсации. По сути дела прекращается социальное развитие [25]. Больные перестают учиться или работать, постоянно вращаются в кругу асоциальных лиц, совершают правонарушения [12].

Приведенный анализ литературных источников свидетельствует об актуальности изучения распространенности, факторов риска и медико-социальных последствий ингаляционных токсикоманий. Злоупотребление летучими веществами в настоящее время достигло широкого размаха и распространилось повсеместно, на что указывают многие исследователи. Изучение социально-демографических характеристик больных ИТМ свидетельствует о том, что они более характерны для детей и подростков мужского пола, воспитывающихся в среде с низким социальным статусом и материальным достатком.

К факторам риска ингаляционных токсикоманий относят микросоциальное окружение – неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей, преморбидные особенности личности, биологическую предрасположенность.

Недостаточно и противоречиво освещен вопрос, касающийся мотивов употребления ингалянтов. Среди них чаще упоминаются любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, необходимость самоутверждения в среде сверстников. Однако ни одна из предлагаемых теорий исчерпывающе не объясняет мотивы употребления летучих веществ.

Ингаляционные токсикомании влекут за собой ряд серьезных медико-социальных последствий. К их числу относят выраженные и стойкие изменения различных органов и систем. Тяжелые осложнения развиваются со стороны нервной системы в виде острой и хронич-

ческой энцефалопатии с формированием органического психосиндрома. У больных ингаляционными токсикоманиями появляются, как следствие хронической интоксикации, изменения личности. Наиболее опасными при применении ингалянтов являются летальные исходы, число которых неуклонно растет. Однозначно мнение, что ингаляционные токсикомании служат пе-

реходным этапом к другим видам злоупотребления психоактивными средствами. Ингаляционные токсикомании останавливают психическое и физическое развитие детей и подростков, делая невозможным их нормальную трудовую и социальную адаптацию. В конечном итоге это становится причиной делинквентного поведения, правонарушений.

А.В.Погосов, В.А.Роцин, А.В.Козырева

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ТОКСИКОМАНИИ

Курский государственный медицинский университет

Анализ литературных источников, посвященных изучению распространенности, факторов риска и медико-социальных последствий интоксикационных токсикоманий (ИТМ), показал, что злоупотребление летучими веществами в настоящее время распространилось во многих странах мира. ИТМ более характерна для детей и подростков мужского пола, воспитывающихся в среде с низким социальным статусом и материальным достатком. К факторам риска ИТМ относят микросоциальное окружение – неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей, преморбидные особенности личности, биологическую предрасположенность. Среди мотивов употребления ингалянтов чаще упоминаются любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, необходимость самоутверждения в среде сверстников. К числу медико-социальных последствий ИТМ относят выраженные изменения различных органов и систем. Как следствие хронической интоксикации появляются изменения личности. Наиболее опасными являются летальные исходы, число которых неуклонно растёт. ИТМ становятся причиной делинквентного поведения, правонарушений. (Журнал психиатрии та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 138-143).

A. V.Pogosov, V.A.Rostchin, A. V.Kozyreva

INHALANT TOXICOMANIAN

Kursk State Medical University

Literary sources analysis devoted to the investigation of widespread, risk factors and medico-social consequences of inhalant toxicomanian (ITM) has demonstrated that nowadays volatile substances abusing is widely practiced all over the world. ITM is more characteristic for children and teen-agers (male) bringing up in the environment with a low social and material status. Microsocial surrounding (incomplete conflict family, wrong ways of bringing up, asocial parents behavior), person's peculiarity, genetic predisposition are related to risk factors. Among reasons for inhalants abusing are more often mentioned such motives as curiosity, desire to undergo the unusual feelings, necessity to predominance among group mates. Distinct alterations of various organs and systems are related to medico-social consequences of ITM. Person's modification occurs as a result of chronic intoxication. The most dangerous are increasing fatal outcomes. ITM are becoming the cause of asocial behavior and infringement of the law. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 138-143).

Литература

1. Ашихмин О.А. // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. - № 1. – С. 40 - 43.
2. Брукс Д.Т., Лунг Г., Шеннон М. // Наркология. Под ред. Л.С. Фридмана и др. Пер. с англ. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 1998. - С. 240 - 253.
3. Бушев И.И., Карпова М.Н., Цховребов Т.М. // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1990. - № 2. – С.107-109.
4. Вдовиченко А.А. // Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин – т. – 1989. – С. 79-82.
5. Величко А.Г., Ланцова Н.А., Тихомиров С.М. // Пробл. соврем. наркологии: Респ. сб. науч. тр. / МЗ РСФСР. 2-й Моск. гос. медиц. инст. – М., 1991. – С. 99-101.
6. Волкова Т.З., Лиленко М.Г. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1987. – С. 18-21.
7. Врач – 1993. - №6. – С. 58
8. Гулямов М.Г., Захаров В.В., Погосов А.В. // Материалы 2 съезда невропатологов и психиатров Узбекистана. Психиатрия. – Ташкент: «Медицина», 1987 – С. 166 – 169.
9. Елисеев О. Н., Исмаилов Т. И. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1987. – С. 23 – 26.
10. Захаров В.В. // Актуальные вопросы психиатрии: Тез. докл. пятой научной конференции психиатров Таджикистана, Душанбе, 4-6 июля, 1983. – Душанбе, 1983. – С. 110 - 111.
11. Захаров В.В. // Актуальные вопросы наркологии. – Душанбе, 1984. – С. 145-147.
12. Ибатов А.Н., Бажин А.А. // Вопр. наркол. – 1990. - № 1. – С. 39-41.
13. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия в 2 т. Т1. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
14. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. // Вопр. наркол. – 1994. - № 2. – С. 79-83.
15. Курек Н. С. // Вопр. наркол. – 1992. - № 1. – С. 39-43.
16. Лавкай И.Ю., Александров А.А. // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1992. - № 1. – С. 66-68.
17. Лежава Г.Г., Ханаева З.С. // Вопр. наркологии. – 1989.- № 2. – С. 13 – 21.
18. Лекомцев В.Т., Плотников С.М. // Мед. аспекты пробл. наркоманий: Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 22-23 мая, 1991. – М., 1991. – С. 60-62.
19. Личко А.Е. // Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977. – С. 61 – 70.
20. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. – Л. Медицина, 1991. – 304 с.
21. Личко А.Е., Чебураков С.Ю. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Таллинн, 1989. - Т. 2. – С. 118-119.
22. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). – ВОЗ, Россия, Санкт – Петербург: «Оверлайд», 1994. – 304 с.
23. Милушева Г.А., Найденова Н.Г. // Вопр. наркол. – 1992. - № 3 - 4. – С. 138 -143.
24. Москвичев В.Г. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – Москва, 1987. – С. 77 - 82.
25. Москвичев В.Г. // Вопр. наркол. – 1988. - № 2. – С. 29-33.
26. Москвичев В.Г. // Актуал. вопр. наркол. : Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Калининград, 23-25 апр., 1990. - М., 1990. – С. 154 -156.
27. Москвичев В.Г., Чернобровкина Т.В. // Пробл. соврем. наркологии: Респ. сб. науч. тр. / МЗ РСФСР. 2-й Моск. гос. мед. ин-т. – М., 1991. – С. 75 - 86.
28. Мурталибов Ш.А., Абдуллаева Г.Ф., Фаин А.П. и др. // Проблемы наркологии. – Душанбе, 1989. – С. 218-220.
29. Петров В.Н., Ершов Б.Б., Борохов А.Д. и др. // Мед. аспекты пробл. наркомании: Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 22-23 мая, 1991. - М., 1991. – С. 72 - 74.
30. Попов Ю.В. // 12 Съезд психиатров России, Москва, 1-

4 ноября, 1995: Матер. съезда. – М., 1995. – С. 811-812.

31. Резник В.А. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1987. – С. 113 – 115.

32. Савченко В.И. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. М., 1987. – С. 118-120.

33. Садуакасова К.З., Идельчик Г.И. // Здравоохранение Казахстана. – 1988. - № 9. – С. 35-37.

34. Селедцов А.М. // Материалы международной конференции психиатров. – М., 1998. – С. 283-284.

35. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – СПб.: СПбМАПО, 1996. – 496 с.

36. Узлов Н.Д. // Акт. вопр. псих. и нарк. – Пермь, 1984. – Т.1. – С. 120 - 122.

37. Узлов Н.Д. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. - Москва, 1987. – С. 145 - 147.

38. Чебураков С.Ю. // Труды Ленингр. НИИ психоневр. им В. М. Бехтерева. – Л., 1988.

39. Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В. // Соврем. психиатрия и наркол.: пробл., вопр., решения. – М., 1994. – С. 17 - 19.

40. Чирко В.В. // Некот. пробл. наркоманий и токсикоманий. – М., 1989. – С. 142 - 148.

41. Чудин А.С. // Неотлож. состояния в психиатрии. – М., 1989. – С. 141 - 147.

42. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – Санкт-Петербург: Изд-во «Лань», 1998. – 352 с.

43. Шайдукова Л.К., Менделевич Д.М., Попов В.Н. // Мед. аспекты пробл. наркоманий: Тез. докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов, Москва, 22-23 мая, 1991. – М., 1991. – С. 107 - 109.

44. Akhter M.I., // Abuse Volav. Sol. and Inhal.: Pap. Pres. W.H.O. advis. Meet. – Penang, 1988. – P. 338 - 349.

45. Altenkirch H. Schnuffelsucht und Schnuffelerneuropathie – Berlin; Heidelberg; New York, 1982. – 93 S.

46. Balster R. L. // Probl. Drug Depend. 1996 : Proc 58-th

Annu. Sci. Meet. Coll. Probl. Drug Depend., 1996 . – Rockville (Md), 1997. – P. 74.

47. Bastus J. M., Casas F., Farre C. et al. // Drogdependencies: exper. d«interv. a Catalunya / Dinut. de Barselona. – Barcelona. – P.105 - 123.

48. Bates S. C., Plemons B. W., Jumper – Thurman P. et al. / // Drugs and Soc. – 1997. - № 1 - 2. – P. 61 - 78.

49. Beauvais F. // Drugs and Soc. – 1997. - № 1-2. – P. 103 - 107.

50. Caputo R. A. // Int. J. Addict. – 1993. - № 10. – P. 1015 - 1032.

51. Eden J. // Hum. Toxicol. – 1989. - № 4. – P. 313 - 317.

52. Evans E. B., Balster R. L. // Neurosci. and Biobehab. Rev. – 1991. -№ 2. – P. 233 - 241.

53. Fatima M. P., Pereira B. // Rev. saude publ. – 1989. - № 4. – P. 336-340.

54. Katzelnick D. J., Davar G., Scanlon J. P. // J. Neuropsychiat. and Clin. Neurosci. – 1991. - № 3. – P. 319 - 321.

55. Kuspis D., Isla R., Benton N. et al. // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 1995. - № 5. – P. 501.

56. Liss B. I. // Hum. Toxicol. – 1989. - № 4. – P. 327 - 330.

57. Lolin Y. // Hum. Toxicol. – 1989. - № 4. – P. 293 - 300.

58. Lope-Huerta M., Poblano A., Martinez J. M. et al. // Rev. invest. clin. – 1996. - № 5. – P. 369 - 372.

59. Scivoletto S., Henriques S. G., Andrade A. G. // J. bras. psiquiat. – 1996. - № 4. – P. 201 - 207.

60. Sharp C. W. // Abuse Volat. solv. and Inhal. – Penang, 1988. – P. 227 - 282.

61. Sorrell J. D. // J. roy. Soc. Health. – 1991. - № 3. – P. 105 - 106.

62. Tapia-Conyer R., Cravioto P., Rosa B. et al. // Addiction. – 1995. - № 1. - P. 43-49.

63. Tenenbein M. // Vet. and Hum. Toxicol. – 1993. – № 4. – P. 366.

64. Tenenbein M., Chudley A. E., Gasiro O. G. // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 1996. - № 5. – P. 626.

Поступила в редакцию 11.01.99г.

УДК 616.69+616.89-008.442(091)

*В.В. Чузунов***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕКСОЛОГИИ**

Харьковский институт усовершенствования врачей, Украина

Ключевые слова: сексология, системность, история, социальные исследования, педагогическая психология, социальная психология

Системность системной концепции сексологии [1-3] обеспечивается интеграцией результатов медико-социальных, психолого-педагогических и социально-психологических исследований сексуальности.

Социологическими (медико-социальными) традиционно считаются многие небологические исследования, носящие социально-философский, медикоориентированный, этнокультурный или вульгарно-социологический характер. Также и многие социальные, этнографические и этнокультурные исследования сексуальности позднее были названы социологическими и культурологическими.

Так, обращение к «Аннотированной библиографии по социальным проблемам сексуальности» [4] показывает, что почти из трех с половиной сотен приведенных работ не более семи десятков можно условно отнести к социологическим, при этом подавляющее большинство из них либо посвящено исследованиям проституции — опросам, пригодным для разработки «мероприятий по борьбе», половому воспитанию — в самом широком смысле, вплоть до полового воспитания военных, и фетишизированной проблеме отношения к добрым и внебрачным половым связям, либо свободно теоретизирует на эмпирическом материале 20-х — 30-х годов — данные т.н. «исследований половой морали». Остальные четыре пятых трудов являют собой пеструю смесь юридической, медико-физиологической, педагогической и психосоциологической направленности.

Психолого-педагогические и социально-психологические исследования прорисованы более четко, первые — в рамках педагогической психологии, педологии и социальной педагогики, вторые — в ряде подходов в сексологии [5].

Итак, как же изучались социальные аспекты сексуальности или что принималось за социологию сексуальности? В каком виде предстают исследования ее психолого-педагогических и социально-психологических аспектов?

Тень культуры и добросовестные заблуждения: социальные измерения*Тенденции*

Для социологических исследований сексуальности характерны:

- тяготение к изучению отдельных социокультурных феноменов сексуальности;
- описательный характер;
- заимствования теоретических положений дисциплин,

по заказу которых они выполнялись;

- тесная связь с этнокультурными исследованиями (культурологический контекст);

- непрофессионализм большинства исследований, традиционно считающихся социологическими;

- расширительная трактовка понятия социологическое вследствие противопоставления «биологическое — социальное».

Основная проблематика

Согласно распространенным стереотипам сексологическая проблематика связана с исследованиями социально-культурных детерминант сексуальности, полоролевой дифференциации, стереотипов феминности-маскулинности, структурных и функциональных характеристик брака и семьи, институтов социализации сексуальности и т. п. [6].

Тем не менее специфичность подобной проблематики вызывает сомнения: социально-культурные детерминанты сексуальности лежат в области интересов этнографии и культурологии и введены в сферу сексологической проблематики энциклопедистами; полоролевая дифференциация носит принципиально биологический характер; стереотипы феминности-маскулинности изучаются отраслевыми психологиями; проблемы семьи и брака находятся в компетенции социологии семьи; наконец, под упоминаемыми институтами социализации сексуальности подразумеваются вновь-таки семья и пестрый калейдоскоп этнокультурных данных — тривиальных штампов, локальных обрядов и, конечно же, «психологии первобытных народов».

Центральной проблемой социальных исследований выступает феномен «половой морали», являющийся императивом идеальных повседневных практик сексуальности.

Идеальные повседневные практики воссоздаются практиками социокультурными, говорящими на языке актуальных императивов, половой морали и исторических обоснований технологий реальных практик; энциклопедизмом с его просвещенной половой этикой и философскими трактовками любви и пола, с их беседами о естественном порядке отношения полов.

Историческая эволюция подходов к рассмотрению проблем половой морали предстает в следующем виде: религиозно-архаический подход, характеризующийся канонической регламентацией норм брачного, репродуктивного и сексуального поведения; описательный, исполненный простодушного этнологизма и не ме-

нее наивных евроцентристских морализаций; энциклопедический, гуманный и просвещенный, тщатель но взвешивающий все за и против; подход параметрический, вульгарно-социологический по сути, тяготеющий к социальной статистике и констатирующий вкусы большинства; этнографический, идилично непротиворечивый и идеализирующий, и конкретно-социологический, склонный к измерению и императивный [5].

Изучение социальных и социокультурных аспектов половой морали в ее эволюции имеет устойчивые исследовательские формы, их типология такова: социальные зарисовки (обращения к различного рода социальным исследованиям, не всегда носящим социологический характер, но использующим анкеты и измерения; назидая, эти зарисовки произвольно искажают картину истории практик сексуальности); историко-культурная панорама (изучение сексуального поведения — в истории, и отношения общества к различным его формам и стилям; это, в большинстве своем, конъюнктурные исследования); философское эссе (досужие рассуждения о сексуальности — с характерной избирательностью материала и выраженной субъективизацией); медико-правовая канонизация (единичные представления о половой морали, втиснутые в медицинский или медико-психологический контекст — для повседневных нужд клинической практики) [7].

Обсессивные рассуждения о естественном: классическая и социальная философия

Тенденции

- философия, начиная с Античности, была довольно внимательна к проблемам пола и любви — Эросу, одухотворяемому, возвышенному или натуралистичному — в благосклонном понимании; в то же время сексуальность как предмет философского анализа — редкостное исключение; та сексуальность, для изучения которой необходимо было рождение первых, еще несовершенных, системных практик, не была замечена философией или, может быть, просто не привлекала ее;

- европейская философия Эроса — своеобразный духовный эквивалент восточных эротологий, изуродованное христианской традицией *ars erotica*; не обладая, однако, их гармоничностью и целостностью, она допустила рождение науки-сексологии, которая отняла у нее новорожденную сексуальность и безраздельно ею завладела;

- в зеркальном мире истории идей можно проследить несколько способов рассуждений, настолько последовательных, что они могут претендовать на то, чтобы называться философиями сексуальности.

Основная проблематика

Для классической философии ведущая тема — как все устроено во взаимоотношениях полов, почему это так, а не иначе, насколько это не противоречит происходящему в Природе и каким это должно быть, чтобы быть естественным.

Философия, представляющаяся как социальная, или преподносимая в качестве таковой, является социологией, выродившейся в эпитет философии, — с целью сокрытия беспочвенности умозаключений, или философией, лишенной навязанной самой себе строгости и отклонившейся по направлению к привлекательным социальным объектам; для такой философии все достижимо — в пределах ее способностей: отре-

шенно-бесстрастный, лишенный оценочного содержания «пол», удобный для обозначения формы существа; возвышенно-одухотворенная и эстетичная любовь, возражающая против аналитического расчленения; вырастающий из их соединения Эрос, удобный и приемлемый, приличный и иносказательный, говорящий о многом и ни к чему не обязывающий, понятный всем и не вызывающий цензурных возражений.

Старательство личных коллекций: этнография, культурология, этносексология *Тенденции*

Аналитическое описание этнографических и культурологических исследований в сексологии сталкивается с проблемой: в какой мере эти исследования являются этнографическими и в какой — социосексологическими? Идет ли речь в каждом конкретном случае о внешне-сексологической, а, по существу, этнографической проблематике, или наоборот? Практически любое этнографическое издание содержит разделы, посвященные не только брачно-семейному, но и собственно сексуальному поведению, и подчас весьма объемные. С другой стороны, вся социосексологическая проблематика настолько насыщена этнокультурными элементами, что адекватный разговор о сексуальности вне этнокультурного контекста не представляется возможным.

Тенденции этнокультурных исследований сексуального поведения таковы:

- взаимосвязь с социальными исследованиями, многие из которых, будучи в свое время этнологическими, позднее были названы социологическими и культурологическими;

- влияние на многие подходы в сексологии, несущие элементы системности;

- появление обиходного термина «этносексология», причем исторически сложившиеся и современные понятия «уросексология», «психосексология», «тифлосексология» не обладают подобной устойчивостью;

- вхождение этносексологии в энциклопедизм в качестве неотъемлемой составной части;

- формирование собственной, этносексологической, тематики.

Основная проблематика

Исходя из дефиниции И.С.Кона, этносексология — раздел этнологии (культурной антропологии), посвященный изучению этнокультурных норм и вариаций человеческой сексуальности; в соответствии с этим специфический предмет этносексологии — этнокультурные вариации и детерминанты сексуального поведения и установок, в том числе особенности эротического кода, семантика сексуального поведения, техника и условия коитуса и т. п., а также сексуальная культура как производное социосексуальной матрицы [8].

Очевидно, что демаркационный раздел этнокультурных сред в области сексуальности обозначен одной лишь пристрастной чередой узнаваемых и понятных реальных практик.

Основной спектр этносексологической проблематики — в вольном ее понимании: обряды возрастных инициаций, свадебные обряды и фольклор, семейный быт и связанные с ним традиции и обряды; в культурологическом контексте — культуральная обусловленность социальной дифференциации половых ролей, половая стратификация, явления символической ин-

версии в структуре праздника, карнавала, отдельные аспекты сексуальных культур, фольклорные и архетипические истоки инвективной лексики и пр. [9-17].

Благосклонная сумма сумм: энциклопедизм и системность

Тенденции

Энциклопедизм является уникальным социокультурным феноменом и предшественником системности современной медиализованной сексологии, системности, подразумевающей учет социальных аспектов сексуальности.

В целом их тенденции таковы:

- энциклопедизм, являясь наивысшей формой выражения системности в сексологии первой трети XX века, не оставил ни школ энциклопедической направленности, ни сколь-нибудь заметных последователей;

- энциклопедизм не был присущ одной лишь сексологии, скорее сексология являла собой частный случай этого имевшего повсеместное распространение социокультурного феномена: на рубеже XIX-XX столетий возрос интерес к проблемам сравнительной антропологии, этнопсихологии, этнопедагогике и, конечно же, этносексологии; в условиях бытовавшего комплексного подхода к изучению социокультурных феноменов не могли остаться незатронутыми животрепещущие вопросы сексуальности;

- энциклопедизм в сексологии в значительной степени базировался на этнографических (этнологических), в частности этносексологических, исследованиях, что, собственно, в значительной мере и определяло саму энциклопедичность;

- подходы энциклопедистов к проблемам сексуальности были довольно единообразными, так как все они в той или иной степени освещали и социокультурные, и психологические, и биомедицинские аспекты сексуальности;

- наряду с несомненными, — а во многом и непревзойденными — достоинствами и достижениями энциклопедисты страдали евроцентристским снобизмом и снисходительностью превосходства по отношению к «бедным детям природы»;

- системность, выросшая из энциклопедизма и базирующаяся на тектологии и общей теории систем, предъявляет требования целостного отображения объекта в совокупности его связей и опосредований и последующего членения объекта, выделения специфических подсистем и выявления характерных связей между ними: таким путем социальные аспекты сексуальности попадают в поле зрения медиализованной сексологии.

Основная проблематика

Собственно, говорить о специфической проблематике энциклопедизма не приходится — все сколь-нибудь социальное образует характерный калейдоскоп культур и этик; системный же подход образует проблематику системных интерпретирующих практик. Как таковая, проблематика энциклопедизма, равно как и системных практик — сексуальность человека в ее самом широком освещении; социальные аспекты сексуальности с точки зрения энциклопедизма и системности все те же: они прежде всего небологичны, а далее их смешение удивительно единообразно: сексуальная культура — без дефиниций, просто «сексуальная культура»; традиции, обычаи, обряды — любопытное соцветие культуры глазами путешественников

и миссионеров; семья — в значении пара и в дополнении пара узаконенная — социальная стигма зрелой сексуальности; ценности, мотивы, установки — задержавшиеся влияния выхолащивающего психологизма, психологизма измеряющего и не стыдящегося выступать под маской социологии.

Опыт полезного анкетирования: социальная медицина и гигиена

Тенденции

Опыт эмпирических социальных исследований первой трети XX века, начиная с узкоспециальных почтовых анкет энциклопедистов и вплоть до масштабных опросов 20-х — 30-х годов, неоднократно привлекался в последующем для различных целей — от демонстраций приоритета русской сексологии [18] до построения многозначительных теоретико-методологических заключений [19].

Таковыми же неоднозначными были их интерпретации, сексологические (параметрический этап развития сексологии) [18], социологические (исследования сексуального поведения и половой морали) [19,20], социально-гигиенические (изучение проблем коллективной жизни) [21,22] или венерологические (разработка мероприятий по борьбе с венерическими заболеваниями) [23,24], что вполне естественно, если учесть, что в большинстве своем эти исследования действительно относились к одному из этих типов, так как имели характер социального заказа — для нужд конкретной области социальной реальности. Не возражая против различного их понимания, пусть даже неверного методологически, следует указать на недопустимость отнесения их целиком к той или иной сфере компетенции.

Их основные тенденции:

- впервые в истории они прибегают к массовым опросам;

- расхождение в профессиональной ориентации авторов, среди которых встречаются представители различных профессий, в том числе сексологи и венерологи, биологи и специалисты в области социальной гигиены;

- разнообразие целей исследований и спектра проблем: от выяснения мнений метров сексологии о частных вопросах сексуальной патологии [25] до намерений показать влияние революции на половую жизнь [26];

- многообразие типов исследований: социально-гигиенические, статистические, социологические, демографические и др.;

- различия в характеристиках выборок, объясняющие несовпадение результатов.

Основная проблематика

Проблематика исследований необыкновенно широка: возраст сексуальной инициации и мотивы безбрачия, «вплив досвітків на дошлюбне статеве життя селянки» и постановления конгресса по сексуальной реформе, «аналіза міського венеризму» и половой быт комсомола — причудливый клубок гигиенических, социальных и сексологических исканий, имеющих силу статистики, смело заявляющих об этой бытовой статистике, — долгожданной, полезной и нужной.

Следует, очевидно, упомянуть также и об «Отчетах» Альфреда Кинзи [27, 28] — зоолога Кинзи. Доведенная до абсурда статистика вариативного размаха крайних проявлений сексуальности, собранная в нескольких тысячах стандартизованных интервью, «ох-

ватывающих историю сексуальной жизни респондента», может лишь сформировать однобокие представления о сексуальной норме — в статистическом ее понимании, но она отнюдь не становится социологией сексуальности.

Бесстыдство морального помешательства: душевные болезни и социальная психиатрия

Тенденции

- все проблемы сексуального существования человека представители душевных болезней рассматривали сквозь призму психиатрической клиники;

- внимание душевных болезней и социальной психиатрии всегда обращено к отклоняющемуся сексуальному поведению, нарушенному с точки зрения требований общественной морали;

- в рамках душевных болезней четко прослеживается центральная проблема — нравственное помешательство, весомый раздел которого составляли проступки половых психопатов, этих «несчастливых пасынков природы».

Основная проблематика

Учение о нравственном помешательстве привлекает внимание настоящего исследования вследствие того факта, что ни одно из соцветия его названий (*moralischer Blödsinn*, *moral insanity*, *mania sine delirio*, *folie morale*, отсутствие прирожденного «*sens moral*», аффективное помешательство, социальное слабоумие) не решается дать ему однозначно психопатологическую интерпретацию, более того, даже определить в отношении причисления его к мономаниям, куда с легкостью были отнесены многие формы отклоняющегося поведения. Моральное умопомешательство понимается как своего рода «большое целое», куда были отнесены всякого рода факты, «безусловно противоречащие правилам строгой нравственности» [7].

Несмотря на многочисленные указания на связь нравственного помешательства с дурной наследственностью, порочной психической организацией и последствиями половых излишеств, равно как и редкостное здравомыслие психиатров, подчеркивавших, что индивид есть общественная единица и потому его должно рассматривать в общественных его отношениях и «прилагать критерий, присущий географо-социальной почве явления», подобно тому, как можно оценить степень нравственности какого-либо явления, встречающегося среди дикарей, лишь их критерием нравственных начал, а никак не нравственным кодексом культурного европейца, публику было трудно убедить, что нравственное помешательство есть нечто более, чем добровольная и намеренная порочность [29].

Контроль пробуждающейся сексуальности: педология и социальная педагогика

Тенденции

Для социально-педагогического подхода, представляющего собой квинтэссенцию сексологических знаний, характерны:

- тесная связь со множеством подходов в сексологии; фокусировка в проблемах полового воспитания и сексуального просвещения всех достижений, равно как и заблуждений сексологии (не являясь источником особых построений в области сексологии, подход служил своего рода «экспериментальной лабораторией»; его системность обусловлена необходимостью интеграции множества биологических, психологичес-

ких и социальных данных, что вообще присуще педагогике);

- исследование центральных проблем — полового воспитания (его сущности, основных форм и средств, целей и задач); сексуального просвещения (с разработкой методик преподавания, изучением приносимой пользы и вреда); совместного воспитания и обучения мальчиков и девочек (с психологической, нравственной и интеллектуальной точек зрения).

Основная проблематика

Основная проблематика социально-педагогического подхода связана с половым воспитанием и сексуальным просвещением, постановкой и обсуждением т. н. «проклятых вопросов» педагогики; решением проблемы «морально-дефективных» детей и т. д. [30].

Понимание истоков: психолого-педагогические исследования в сексологии

Тенденции

Общие черты психолого-педагогических исследований в сексологии таковы:

- психологические сведения в сексологии могут рассматриваться только через призму педагогической психологии, так как сексология настолько «пронизана» психологией, что говорить о собственно психологических исследованиях в сексологии не приходится: пришлось бы скорее писать не о них, а о тех идеях и концепциях психологии, которые имели влияние на сексологию в процессе ее исторического развития, вплоть до настоящего времени;

- преломление психологических знаний о сексуальности человека происходило через половое воспитание, а также при построении моделей психосексуального развития, в связи с чем и связано упоминание о педагогической психологии;

- под вывеской психологических исследований в сексологии можно было бы рассматривать работы, выполненные в рамках множества подходов и, прежде всего, психиатрического;

- то же положение существует и при рассмотрении психолого-педагогических исследований в сексологии — они преимущественно попадают в историко-сексологическое поле зрения, развиваясь в пределах социально-педагогического подхода (прежде всего ввиду общности их проблемы — полового воспитания).

Основная проблематика

В качестве основных в рамках психолого-педагогических исследований выступают проблемы сексуальной мотивации и психосексуального развития [5].

Биосоциальная эволюция партнерства: социально-психологические исследования в сексологии

Тенденции

- развитие социально-психологических исследований в сексологии в XIX веке тесно связано с прогрессом этнографии, антропологии, социологии и психологии, а в XX веке — уже непосредственно с формированием социальной психологии;

- в конце XIX века прослеживаются два основных подхода в социально-психологических исследованиях в сексологии, различающиеся направленностью — популярно-сексологической или этнокультурной.

Основная проблематика

В рамках популярно-сексологического подхода затрагивались проблемы социально-психологического

обеспечения сексуальности: критерии выбора брачного партнера (с привлечением практических рекомендаций по приобретению «нужных» для вступления в брак качеств); проблемы вступления в брак (возраст партнеров, социальное положение, в т. ч. проблемы социального неравенства и т. п.), мотивы вступления в брак, типы брака, условия его стабильности, вопросы семьи и ее функций, полового воспитания (отдельно для мужской и женской аудитории) и др.

Этнокультурная проблематика во многом была слита с описанной выше проблематикой этносексологических исследований.

В начале XX века с утверждением позиций энциклопедизма в сексологии начинают системно развиваться представления о принципе парности. Его эволюция рассматривалась в контексте эволюции форм полового размножения как линейный процесс развития от низших форм к высшим, «от гермафродитизма к двуполости (раздельнополости)».

Принцип парности выводится из факта «первоначального наличия» двуполых существ и последующего «преобразования» их в раздельнополые. В связи с этим авторы-энциклопедисты большое значение придавали описанию эволюции форм полового размножения и, особенно, полового диморфизма (от

ярких натуралистических описаний полового диморфизма «в природе и обществе» до построения сложных классификаций половых признаков с выделением «первоосновных» (зародышевых), первичных (анатомических), вторичных (физиономических), третичных (психологических) и четвертичных (социальных) половых признаков [31-33].

Своеобразную трансформацию претерпел принцип парности в возрождении теории андрогинии в учении З.Фрейда [34] и теории сексуальности О.Вейнингера [35]. Понятие бисексуальности (вначале отвергнутое, а затем безоговорочно принятое З.Фрейдом), явилось одним из ключевых в развитии психоаналитической теории сексуальности. О.Вейninger, в свою очередь, все свое «принципиальное исследование» построил на основе теории бисексуальности, сформулированной В.Флиссом [36]; его формулы «законов полового притяжения» также непосредственно выведены из теории бисексуальности.

Принцип парности нашел свое выражение в создании специальных социально-психологических теорий в сексологии — теории «индивида любви» В.Бельше [37], теории «полового притяжения» О.Вейнингера, в последующем принятой ортодоксальным психоанализом, и др.

В.В. Чугунов

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ У ФОРМУВАННІ СИСТЕМОЇ КОНЦЕПЦІЇ СЕКСОЛОГІЇ

Харківський інститут удосконалення лікарів

У статті показано, що сутність сучасної системної концепції сексології обумовлена інтеграцією результатів медико-соціальних, психолого-педагогічних та соціально-психологічних досліджень сексуальності.

Наведено, як вивчалися соціальні аспекти сексуальності і у якому вигляді предстали дослідження її психолого-педагогічних та соціально-психологічних аспектів. Розкриті тенденції і основна проблематика медико-соціальних, психолого-педагогічних та соціально-психологічних досліджень сексуальності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 144-149).

V.V.Chugunov

MEDICO-SOCIAL, PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF SEXUALITY IN FORMATION OF SYSTEM CONCEPT OF SEXOLOGY

Kharkiv Institute of Advanced Training

The article shows that the main character of contemporary system concept of sexology is provided by integration of the results of medical and social, psychological and pedagogical and social and psychological research of sexuality.

The types of investigation of social aspects of sexuality and of representation of its psychological and pedagogical, social and psychological aspects are shown. The tendencies and fundamental problems of medical and social, psychological and pedagogical, social and psychological research of sexuality are disclosed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 144-149).

Литература

1. Кришталь В.В. Четырехфакторная концепция сексологии // Чугунов В.В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1: Отечественная сексология в XIX-XX веках (Историко-теоретическое исследование). — Х.: Основа, 1995. — С. 275 — 281.

2. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Том I. Нормальная сексология. — Х.: ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. — 352 с.

3. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Том II. Клиническая сексология. Часть I. Общая сексопатология. — Х.: ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. — 272 с.

4. Аннотированная библиография по социальным проблемам сексуальности (1960-е — первая половина 1990-х годов) // Отв. ред. С.И.Голод, сост. Л.В.Кузнецова, Н.Н.Прунова, Л.А.Суслова. — С.-Пб. филиал Института социологии РАН. — С.-Пб., 1995. — 70 с.

5. Чугунов В.В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1: Отечественная сексология в XIX — XX веках (Историко-теоретическое исследование). — Х.: Основа, 1995. — 346 с.

6. Кон И.С. О социологической интерпретации сексуального поведения // Социологические исследования, 1982, № 2. — С. 113 — 122.

7. Чугунов В.В. Повседневные и интерпретирующие (системные и маргинальные) практики экологии сексуальности (Методология, эволюция, моделирование). — Х.: Академия сексологических исследований, 1998. — 290 с.
8. Кон И.С. Этносексология // Энциклопедический социологический словарь / Под общ. ред. Г.В.Осипова; сост. А.В.Кабыша. — М., 1995. — С. 917 — 918.
9. (Ploss G.) Плосс Г. Женщина в естествоведении и народоведении: Пер. с 5-го нем. изд., перераб. М.Бартельсом / Под ред. В.И.Рамма. — С.-Пб.: Изд-е Южно-Русского Книгоизда Ф.А.Иогансона, К. — Х., 1899. — Т. 1. — 575 + VI с. — Т. 2. — 496 + VII с.
10. Руденко С.И. Половое бессилие в этнографии // Прилож. к кн.: Якобзон Л.Я. Половое бессилие. — Пг.: Изд. К.Л.Риккера, 1915. — С. 415 — 426.
11. Malinowski B. Sex and repression in savage society. — New York, 1927. — 251 p.
12. Malinowski B. The sexual life of savages in North-Western Melanesia. — New York, 1929. — 603 p.
13. Фрейдберг О.М. Поэтика сюжета и жанра. Период античной литературы. — Л.: Гослитиздат, 1936. — 454 с. (Фрейдберг О.М. Поэтика сюжета и жанра. — М.: Лабиринт, 1997. — 448 с.)
14. Mead M. Male and female. — New York, 1955. — 318 p.
15. Бахтин М.М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. — 2-е изд. — М.: Худож. лит., 1990. — 543 с.
16. Пропп В.Я. Фольклор и действительность: Избр. ст. — М.: Наука, 1976. — 324 с.
17. Этнические стереотипы мужского и женского поведения / Отв. ред. А.К.Байбурина, И.С.Кон. — С.-Пб.: Наука, 1991. — 320 с.
18. Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С.Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
19. Голод С.И. Изучение половой морали в 20-е годы // Социологические исследования, 1986, № 2. — С. 152 — 155.
20. Голод С.И. Социологические проблемы сексуальной морали. — Автореф. ... канд. филос. наук. — М., 1969. — 21 с.
21. Гуревич З.А., Ворожбит А.И. Статеве життя селянки. — К.: Держмедвидав, 1931. — 109 с.
22. Петрова З.П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861 — 1932 гг.). — Автореф. ... канд. биол. наук. — Х., 1975. — 14 с.
23. Голосовкер С.Я. О половом быте мужчины. — Казань: Изд-е «Казанского медицинского журнала», 1927. — 32 с.
24. Томілін С.А. Венеричні хвороби по округових містах України в 1927 р.: (Спроба соціально-гігієнічної аналізи міського венеризму). — Х.: ЦСУ, 1928. — 76 с.
25. Якобзон Л.Я. Половое бессилие. — Пг.: Изд. К.Л.Риккера, 1915. — 382 + VI с.
26. Гельман И. Половая жизнь современной молодежи: (Опыт социально-биологического обследования). — М.—Пг.: Госиздат, 1923. — 150 с.
27. Kinsey A.S., Pomeroy W.B., Martin C.E. Sexual behavior in the human male. — Philadelphia, 1948. — 804 p.
28. Kinsey A.S., Pomeroy W.B., Martin C.E., Gebhard P.N. Sexual behavior in the human female. — Philadelphia, 1953. — 842 p.
29. Петри Э.Ю. Антропология: Т. 2. Соматическая антропология. — С.-Пб.: Изд. Картограф. завед. А.Ильина, 1895 — 1897. — 428 + VI с.
30. Половой вопрос в школе и в жизни / Под ред. И.С.Симонова. — Л.: Изд-во Брокгауз — Ефрон, 1925. — 196 с.
31. (Forel A.) Форель А. Половой вопрос. Естественно-научное, психологическое, гигиеническое и социологическое исследование для образованных: Пер. с нем. / Под ред. и с предисл. В.А.Поссе. — С.-Пб.: Книгоизд-во «ЕОС», 1909. — 644 с.
32. Ишлондский Н.Е. Любовь, общество и культура (Проблема пола в биосоциологическом освещении). — Берлин: Современная мысль, 1924. — 199 с.
33. (Mann und Weib. Ihre Beziehungen zueinander und zum Kulturleben der Gegenwart) Мужчина и женщина. Их взаимные отношения и положение, занимаемое ими в современной культурной жизни. В 3 т.: Пер. с нем. / Под ред. и с дополн. А.С.Догеля и др. — С.-Пб.: Книгоиздат. Т-во «Просвещение», б. г. Т. 1. — 739 с. Т. 2. — 668 с. Т. 3. — 492 с.
34. (Freud S.) Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности: Пер. с нем. — М.—Пг., 1923. — Цит. по: Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий. — Мн.: Выш. шк., 1994. — 307 с.
35. Вейнинггер О. Пол и характер. Принципиальное исследование: Пер. с нем. — 6-е изд. С.-Пб., 1914. — 359 с.
36. (Wittels F.) Виттельс Ф. Фрейд, его личность, учение и школа: Пер. с нем. — Л.: Госиздат, 1925. — 199 с.
37. (Belsche W.) Бельше В. Любовь в природе. История развития любви: В 3 ч. — Пер. с нем. — М.—С.-Пб.: Издание Ненашева, 1903 — 1909. — Ч. 2. — 392 + X с.

Поступила в редакцию 21.12.98г.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. Диагностика 3 психических расстройств в контексте МКБ-10 (операционально-логическая стратегия).

Abramov V.A., Ryapolova T.L. Diagnostics of 3 mental disorders in the context of ICD-10 (operational and logical strategy).

Ряполова Т.Л. Об особенностях использования 9 МКБ-10 в диагностике органических, включая симптоматические, психических расстройств.

Ryapolova T.L. On the specific features of using 9 of ICD-10 diagnostic classification of organic mental disorders including symptomatic ones.

Бурцев А.К. Невротические, связанные со 16 стрессом и соматоформные расстройства в МКБ-10 и проблемы ее внедрения в Украине.

Burtsev A.C. Neurotic, connected with stress 16 and somatoform disorders in ICD-10 and the problem of its introducing in Ukraine.

Вольфогель А.Л. О некоторых аспектах 23 внедрения МКБ-10 в детско-подростковую психиатрическую практику.

Volfogel A.L. About some aspects of ICD-10's 23 introduction into the practice of children and adolescent psychiatry.

Абрамов В.А. Программа обучения использо- 27 ванию международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра в клинической практике (проект).

Abramov V.A. Educational programme of using 27 ICD-10 in clinical practice.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

Первомайський В.Б., Ілейко В.Р., Цубе- 35 ра А.І. Нагальні проблеми судово-психіатричної експертизи станів залежності.

Pervomaisky V.B., Peiko V.R., Tsubera A.I. 35 Emergency problems of forensic psychiatry expertise of addiction state.

Козерацкая Е.А. Исследование нарушения 46 самосознания у больных шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы.

Kozeratska O.A. The research of the 46 disturbances of self-consciousness in schizophrenic patients while forensic expertise.

Ілейко В.Р. Методика оценки показаний 50 свидетелей при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе.

Pejko V.R. Method for estimation of evidence 50 witnesses with posthumous forensic psychiatry expertise in civil trial.

Винник М.І. Психосоматичні порушення в 55 структурі інволюційних психічних розладів у жінок.

Vinnik M.I. Psychosomatic disturbances in the 55 structure of involitional mental disorders among women.

Голоцван Е.А. Характеристика некоторых 61 современных методов психотерапевтической коррекции невротических проявлений при супружеской дезадаптации.

Golotsvan E.A. The characteristic of some 61 modern methods of neurotic manifestations' correction couple deadaptation.

Талалаенко А.Н., Гордиенко Д.В., Маркова О.П., Панкратьев Д.В., Гончаренко Н.В. 65 Функциональная роль моноамин- и аминокислотергических механизмов авersiveивной системы мозга и их участие в анксиогенных и анксиолитических эффектах некоторых психотропных средств на различных моделях тревоги.

Talalaenko A.N., Gordienko D.V., Markova O.P., Pankratev D.V., Goncharenko N.V. 65 The functional role of monoamine- and aminoacidergic mechanism of the aversive brain system and their participation in anxiogenic and anxiolytic effects of some psychotropic agents in different anxiety patterns.

Подкорытов В.С., Шульга Е.А. Лазерная 73 пунктура в комплексном лечении детей с задержкой психического развития, сочетанной с дизартрией.

Podkorytov V.S., Shulga E.A. The laser 73 puncture in complex treatment of the mental retardation combined with dysarthria.

Івнев Б.Б., Абрамов В.А., Снегирь А.Г. 80 Изменения слуховых вызванных потенциалов

Ivnev B.B., Abramov V.A., Snegir A.G. 80 Changes of acoustical evoked potentials of a brain

мозга при болезни Альцгеймера.

Шестопалова Л.Ф., Перевозная Т.А. Особенности ценностно-смысловой сферы и нарушения механизмов социальной адаптации у психопатов, реализовавших противоправные действия.

Первомайский Э.Б., Линский И.В., Савкина Т.В. Оценка «уровня наркотической готовности» у подростков.

Мишиев В.Д. Анализ эффективности лечения и реабилитации депрессивных больных.

Двирский А.А. Клиника шизофрении при сочетании с единичными и повторными алкогольными делириями.

in alzheimer's disease.

Shestopalova L.F., Perevozna T.O. The peculiarities of valuable orientations and infringements of social adaptation of psychopathogenic person's realised illegal behaviour.

Pervomajsky E.B., Linsky I.V., Savkina T.V. The estimation of "level of drug readiness" in teenagers.

Mishyev V.D. Analysis of effectiveness of depressive patients treatment and rehabilitation.

Dvirsky A.A. Clinical picture of schizophrenia combined with single and recurring delirium tremens.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Табачников А.Е. Программа медико-психологической адаптации подростков к условиям обучения в школе нового типа.

Талалаенко А.Н., Покрамович А.И., Гордиенко Д.В., Воздиган С.А., Панфилов В.Ю., Маркова О.П. Функциональная роль моноамин- и аминокислотергических механизмов латерального ядра перегородки в различных моделях тревоги.

Абрамова И.В. Регресс личности в условиях институционализированной психиатрической помощи.

Беро М.П. Взаимоотношения в семьях ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС и их психотерапевтическая коррекция.

Рожнов В.С. Психотерапевтична корекція комунікативної форми сексуальної дезадаптації за неврозів у чоловіків.

Абрамов А.В. Клинико-статистический анализ структуры и регистра психических расстройств у сотрудников ОВД

Никифоров Ю.В., Бурцев А.К., Пырклов С.Г. Некоторые особенности межличностных взаимоотношений у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении

Tabachnikov A.E. Program of medical and psychological adaptation of adolescents to education in new-type school pupils.

Talalaenko A.N., Pokramovich A.Y., Gordienko D.V., Vozdigan S.A., Panfilov V.U., Markova O.P. Functional role of monoamine- and acidergic mechanisms of nucleus septum laterale at different anxiety models in rats.

Abramova I.V. Recourse of the person in conditions of the institucional psychiatric help.

Bero M.P. Interrelations in families of liquidators of the crash on Chernobyl AES and their psychotherapeutic correction.

Rozhkov V.S. Psychoterapeutic correction of communicative form of sexual desadaptation at neuroses in men.

Abramov A.V. Clinical and statistical analysis of mental disorders` structure and register in the staff of internal affairs`s organus

Nikiforov Yu.V., Burtsev A.C., Pyrkov S.G. Some peculiarities of the interpersonal relations in patientts wiht schizophrenia on forced treatment

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Омельянович В.Ю. Проблема посттравматического стрессового расстройства в современной психиатрии.

Погосов А.В., Рощин В.А., Козырева А.В. Ингаляционные токсикомании (история, эпидемиология, факторы риска, медико-социальные последствия).

Чугунов В.В. Медико-социальные, психолого-педагогические и социально-психологические исследования сексуальности в формировании системной концепции сексологии.

Omelianovich V.U. Posttraumatic stress disorder problem in modern psychiatry (part I).

Pogosov A.V., Rostchin V.A., Kozyreva A.V. Inhalant toxicomanian.

Chugunov V.V. Medico-social, psychological-pedagogical and socio-psychological research of sexuality in formation of system concept of sexology.

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: mike@irsoft.donetsk.ua.

Редколлегия журнала