

*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**

№ I (2), 1996 г.

**Редакционно-издательский отдел
Донецкого отделения Ассоциации психиатров Украины**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР **В. А. Абрамов**

В. М. Казаков, В. М. Калінкін, М. М. Морозов,
С. І. Табачніков, О. М. Талалаєнко, В. Я. Уманський

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР О. В. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

ГОЛОВА В. М. КУЗНЕЦОВ (Київ)

В.С. Бітенський (Одеса), І.Й. Влох (Львів), П.В. Волошин (Харків)
М.М. Кабанов (Санкт-Петербург), О. Л. Квасневський (Київ), І.І. Кутько
(Харків), Б.В. Михайлов (Харків), О. К. Наприєнко (Київ), О. М. Орда
(Донецьк), Б. С. Положий (Москва), В. І. Полтавець (Київ), Г. Т. Соннік
(Полтава), І.К. Сосін (Харків), А.П. Чупріков (Київ)

ДОНЕЦЬКЕ ВІДДІЛЕННЯ АСОЦІАЦІЇ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ, 1996р.

Адреса редакції: 340037, Україна, м. Донецьк, п. Перемоги, ОКПБ,
каф. психіатрії
Тел. (0622) 77-14-54
92-13-43 (відповідальний секретар)

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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 378.147:614.253

*В. М. Калинин***ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕНИЯ КАК НАУКА И УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького.

Ключевые слова: психология, медицина, профессиональное общение, врач, больной.

Предлагаемая вниманию заинтересованных читателей статья носит по преимуществу дискуссионный характер и потому претендует не столько на решение, сколько на постановку вопросов. По укоренившейся ли традиции или недоразумению – не так уж и важно, но в программе обучения в медицинских вузах, в планах подготовки врачей-интернов нет должным образом сформулированной задачи, а потому, наверное, и соответствующей дисциплины или учебного курса, предполагающего формирование у будущих специалистов знаний и практических умений психологии профессионального общения. В том же, что это жизненно важно, убеждать нет необходимости. Наличие колоссальной литературы чуть ли не на всех языках мира, посвященной различным сторонам и аспектам медицинской психологии, этики и деонтологии, психологии больного и медицинского работника – лучшее свидетельство актуальности затрагиваемых в статье вопросов.

По словам Жана Ростана «наука делает нас богами прежде, чем мы заслуживаем того, чтобы называться людьми», и совершенно не случайно эта мысль была выбрана в качестве эпиграфа к фундаментальному исследованию психологии работы с больными, выполненному Иштваном Харди [14].

Вузы и училища, готовящие кадры наших медицинских работников, отдавая практически все учебное время изучению физиологии, биохимии, патологии и анатомии человека, т. е. предметам, которые справедливо считаются решающими для специалиста, странным образом упускают из вида специфически человеческие свойства анализируемого объекта. Это при том, что во многих странах мира психология общения ставится в один ряд с обязательными психиатрией и психотерапией.

В повседневном общении врача с больным нет и не может быть бесед, лишенных психоте-

рапевтических воздействия. Однако в статье не рассматриваются вопросы специальных методов психотерапии и приемов речевого воздействия при их реализации. Основное внимание уделено обоснованию необходимости специальной подготовки медицинских работников к повседневному общению с пациентами. Затронуты те аспекты психологии профессионального общения медиков, которые напрямую связаны с влиянием на больного. Отдавая должное глубоким исследованиям клиницистами деонтологии и медицине, отметим, что в большинстве своем эти работы касаются вопросов общения врача с больными либо с специфически клиническим, либо в медико-психологическом аспекте, и попытаемся показать, как преломляется проблема обучения психологии профессионального общения в сознании психолога и лингвиста.

В медицинской психологии (в интересующем нас аспекте) принято изучать и рассматривать психологию больного, психологию медицинского работника, больного в медицинской среде, специальную врачебную психологию отдельных дисциплин [8]. Изучая человека и его болезнь, исследователи стремятся понять субъективные и объективные факторы переживания болезни и поведение заболевшего человека. Объективные факторы заболевания, его тяжесть и опасность для жизни определяются врачом в ходе обследования больного. Субъективные же факторы должны быть выявлены во время бесед с больным и его родственниками. «Врач должен интересоваться душевным миром каждого больного уж никак не меньше, чем, скажем, частотой пульса... именно учет особенностей личности в огромной степени способствует индивидуализации и успеху лечения» [8]. Он просто обязан выяснить, как больной осознает свою болезнь, ибо она может означать угрозу, опасность, утрату, «явиться преимуществом в определенных условиях, может рассматриваться

больным как наказание» [14]. Отношение к болезни может быть нормальным и пренебрежительным, нозофобным и нозофильным, утилитарным и ипохондрическим [8]. Больного может угнетать чувство неполноценности или страх смерти. Все эти факторы должны учитываться врачом при общении с пациентом.

В психологии медицинского работника важным моментом является диалектика «душевных движений». Молодой врач в медицинской среде обязательно проходит стадию «аккультурации», расстается с какими-то иллюзиями, освобождается от излишней романтизации профессии и, в определенном смысле, испытывает фрустрирующее влияние как медицинской среды, так и объективного состояния здравоохранения. Встреча с высококвалифицированными, опытными, доброжелательными и искусными коллегами снижает уровень фрустрации и создает гедонистический тонус, необходимый для успешной работы с больными. «Медицинский работник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен, и если его манера поведения... сопровождается человеческим участием и деликатностью» [8].

Создание определенных взаимоотношений между больным и медицинской средой во многом зависит не только от качества общения, но и от того, что И. Харди [14] называет психологией обращения с больным. Тем не менее центральным звеном и здесь является общение. А поскольку, рассуждая о психологии общения, нельзя оставаться нечувствительным к самим средствам общения, следует поговорить и о них. Передовую медицинскую мысль со времен Гиппократов до наших дней никто не обвинил в высокомерном пренебрежении к языку и речи. Тщательно разработанная Гиппократом этика врачей в отношении пациентов, служащая и в наши дни основой поведения врача, содержала мысли о влиянии слова на больного. Знаменитые 58 медицинских трактатов, собранные в «*Cyrus Hippocraticum*», свидетельствуют о прекрасном знании законов риторики – античной науки, представлявшей собой результат поисков условий действенности речи и стремления к теоретическому обоснованию возможности научить красноречию и овладеть им. Время Гиппократов – время выдающихся греческих ораторов (Демосфена и др.). Современником Гиппократов был и Сократ – знаменитый афинский оратор, филолог и публицист, который сделал риторику предметом, завершающим курс энциклопедического общекультурного образования. И

Сократ видел в красноречии источник универсального знания, могущий быть основой всеохватывающей образованности. По его мнению, риторика учит не только речам, но мышлению и правильному поведению, воспитывает в людях практическую жизненную стойкость.

Воздействие риторики простирается от древнегреческих школ до современных вузов. Новая риторика, прочитанная в категориях современной лингвистики и семиотики, не только привлекает внимание многочисленных исследователей [11], но и практически демонстрирует впечатляющие успехи языка в действии. Сегодняшние теории коммуникации, теория воздействия и теория восприятия, теория логики и аргументации, теория речевых актов и теория речевой деятельности, теория рекламы и многочисленные психотерапевтические теории есть не что иное, как наследники античной риторики. Именно по этой причине психология профессионального медицинского общения в той форме, в какую она выкристаллизовывается к концу XX века, мыслится как синтетическая дисциплина, имеющая в то же время свою специфику. Она, безусловно, должна унаследовать богатейший опыт научных исследований и практических наблюдений медицинской психологии, вобрать в себя достижения общей и когнитивной психологии, развить и специализировать результаты поисков в области психологии общения, ассимилировать данные психологии речевой деятельности, теории речевых актов, речевого этикета и новой риторики в целом. Именно в этом смысле она должна стать синтетической целостной научной дисциплиной. Специфика же ее должна проявиться в отношении к слову как главному средству коммуникации. В скобках заметим, что и невербальной коммуникации должно быть отведено достойное место [12].

Как научная дисциплина психология профессионального медицинского общения нуждается в разработке философской парадигмы, учитывающей весь спектр психологических и языковых параметров этого уникального феномена. Возможно, это будет некая интегративная синтетическая концепция, учитывающая достижения различных философских концепций. Но одно несомненно: пройти мимо поздней философии Витгенштейна, мимо его философии психологии, учитывающей социокультурную и языковую проблематику, невозможно [5; 6]. Витгенштейну еще в 30-е годы в рамках аналитической философии психологии удалось поднять темы, до сих пор нуждающиеся в серьезной теоретической разработке. Из понимания психи-

ки как одной из сторон человеческой деятельности следует вывод, что психологические процессы можно рассматривать с позиции особенностей их выражения и обозначения в языке.

Как бы ни относились философско-психологические школы различного толка к лингвистическому осмыслению психических процессов (спектр мнений широчайший: от объявления языковых фактов внешней, случайной формой проявления психики до признания их важнейшей и необходимой стороной психического) очевидным следует считать тот факт, что получить информацию о психике больного и ее состоянии проще всего в процессе анализа всевозможных коммуникативных ситуаций. Речевое поведение и сопутствующие ему эмоции, мотивы и намерения являются частью деятельности доступной наблюдению. А такое, скажем, явление, как асимметрия в использовании психологических понятий от первого и третьего лица позволяет, по Витгенштейну, познавать «другие сознания», выявить концептуальные критерии приписывания субъектам различных психических состояний.

Среди исследовательских задач надлежащее место должно занять достаточно полное типологическое описание ситуаций действительности, неречевых и речевых ситуаций, которые представляют собой совокупность условий и обстоятельств в актах деятельности медицинских работников, формирующих мотивационную, планирующую и исполнительную сторону профессионального общения [7].

В качестве одной из актуальных вырисовывается задача исследования методами когнитивной лингвистики и психологии прагматики речевых актов и условий их успешности в различных ситуациях общения [3]. Даже самый предварительный перечень ситуаций общения выглядит внушительно. Так, центральные фигуры медицинского взаимодействия - лечащий врач и больной - могут оказаться в положении партнеров общения в ситуации а) вызова врача на дом, б) транспортировки больного «скорой помощью», в) амбулаторного приема, г) госпитализации, д) сбора анамнеза и обследования, е) лабораторных манипуляций, ж) сообщения результатов обследования, з) лечения, и) конфликтов, к) психотерапевтических процедур, л) выписки из стационара и т.д., и т.п. Другие диалогические акты, а то и полилоги, возникающие в медицинской сфере общения, составляют беседы врача с родственниками и близкими больного, врача с коллегами-врачами, врача с медицинскими сестрами, врача с обслуживающим персоналом,

врача с представителями администрации и взаимодействие любых из названных коммуникантов между собой. При этом не исключается и просто межличностное общение, в конечном счете, косвенно отражающееся на больном, оказавшемся в медицинской среде.

Любая ситуация общения определенным образом связана с прагматическим контекстом, исходная структура которого в значительной мере зависит от того, как осуществляется его оценка говорящими. Очевидно, что в сознании больного происходят иногда незначительные, а иногда существенные перемены в процессах приписывания значимости (relevance assignment) элементам иерархии социальных структур. И только знание этих перемен, обусловленное влиянием болезни, дает возможность судить о приемлемости той или иной формы общения. Необходимы совместные усилия клиницистов, психологов и лингвистов для того, чтобы полноценно и адекватно описать смену ценностных ориентиров в сознании различных категорий больных, помня, однако, о «когнитивной относительности» процессов прагматического понимания. На этом уровне анализа «значимой является не столько сама социальная ситуация как таковая, сколько ее интерпретация или представление о ней у участников коммуникации» [3].

На основании полученных данных может быть составлен не только свод конвенциональных установлений (деонтологических правил, законов, норм и т. д.), но и описаны речевые (слова, устойчивые выражения, интонация, высота тона, громкость) и неречевые (дейктические движения, жесты, выражение лица, движения тела, рукопожатия, поглаживания т. д.) средства, которые уместно использовать в той или иной ситуации общения медицинского работника с пациентом.

В сложном деятельностном явлении, называемом общением, нет второстепенных или несущественных деталей. В общении же врача с больным – и подавно. В процессе взаимодействия врача с больным, как и в любом виде коммуникации, есть специфические формы речевого и неречевого поведения, обусловленные правилами и связанные с семиотической системой этикета. Речевой этикет как национально специфический элемент общения давно привлекает внимание ученых-лингвистов и методистов [13], но как узуальное речевое поведение, тем более в такой специфической области, как медицина, он практически не рассматривался. Думается, что тонкий психологический анализ условий и обстоятельств общения людей, связанных уза-

ми медицины, позволит обнаружить любопытные нюансы употребления устойчивых формул этикета.

Такими представляются ближайшие задачи, на решение которых должно быть направлено внимание специалистов, занимающихся научной проблематикой психологии профессионального медицинского общения.

Психология профессионального медицинского общения как предмет обучения нуждается, прежде всего, в определении места в учебном процессе. По соображениям мотивационного характера его введение наиболее рационально либо на выпускном курсе, либо в начале обучения в интернатуре. К этому времени молодой специалист уже имеет некоторое представление о комплексе проблем, встающих перед врачом, воочию убеждается в том, насколько выше эффективность лечения у врача, умеющего понять психологию больного, и, не без удивления, обнаруживает действенность плацебо.

Как всякий «нормальный» курс, психология профессионального медицинского общения должна быть предметом целостным (!), чтобы его не постигла участь деонтологии, преподаваемой «всюду и нигде». Особенности же психологии общения, например, в хирургии, онкологии или акушерстве, данные в лекционном курсе, молодой врач, если он будет специализироваться в какой-либо из названных областей, постигнет в ходе тех практических занятий и разборов, которые должны быть обязательным элементом подготовки в интернатуре.

Во вводной части курса целесообразно предусмотреть сведения из общей психологии, необходимые и достаточные для осмысления базовых категорий психологии общения. Далее существенное значение приобретает показ неразрывного единства категорий психологии общения с понятиями теории речевых актов и коммуникативной лингвистики. Обучаемый должен осознать, что главным инструментом психологического воздействия является слово, знать и уметь выбирать слова нужные, а также соизмерять силу их перлокутивного влияния с требуемым в конкретном случае уровнем.

Серьезным подспорьем в деле овладения психологией профессионального медицинского общения могут стать деловые игры, организованные по предложенной Эриком Берном методике [1].

По справедливому замечанию И. Харди, «искусство часто опережает науку. Немало таких произведений литературы, на основании которых можно глубоко познакомиться не только с

миром больного человека, но и с проблемой обращения с ним во время болезни и его лечения» [14].

Тонкий ценитель и знаток творчества Чехова, доктор медицинских наук, профессор-фтизиатр Е. Б. Меве, много десятилетий отдавший изучению темы «Чехов и медицина», убедительно показал непреходящую ценность чеховских произведений как источника достоверной и высокохудожественной информации о сфере психики человека, в том числе, о большой психике, об акцентуированных личностях, психопатии и пограничных состояниях [10]. Не меньший интерес представляют тщательные прорисовки различных сторон психологии общения, в том числе и профессионального, в произведениях А.П. Чехова.

В «Скучной истории» Николай Степанович, старый профессор и больной человек – так размышляет о психологии педагогического общения: «Чтобы читать хорошо, то есть, нескучно и с пользой для слушателей, нужно, кроме таланта, иметь еще сноровку и опыт, нужно обладать самым ясным представлением о своих силах, о тех, кому читаешь, и о том, что составляет предмет твоей речи...Передо мною полтора лица, не похожих одно на другое, и триста глаз, глядящих мне прямо в лицо. Цель моя победить эту многоголовую гидру. Если я каждую минуту, пока читаю, имею ясное представление о степени ее внимания и о силе разумения, то она в моей власти. Другой мой противник сидит во мне самом. Это – бесконечное разнообразие форм, явлений и законов и множество ими обусловленных своих и чужих мыслей. Каждую минуту я должен иметь ловкость выхватывать из этого громадного материала самое важное и нужное и также быстро, как течет моя речь, облекать свою мысль в такую форму, которая была бы доступна разумению гидры и возбуждала бы ее внимание, причем надо зорко следить, чтобы мысли передавались не по мере их накопления, а в известном порядке, необходимом для правильной компоновки картины, какую я хочу нарисовать. Далее я стараюсь, чтобы речь моя была литературна, определения кратки и точны, фраза возможно проста и красива. Каждую минуту я должен осаживать себя и помнить, что в моем распоряжении имеются только час и сорок минут. Одним словом, работы немного. В одно и то же время приходится изображать из себя и ученого, и педагога, и оратора, и плохо дело, если оратор победит в вас педагога и ученого, или наоборот» [5].

Известный с давних времен факт изменения

отношения человека к болезни (современные психологи выделяют три этапа: сенсологический, оценочный и этап переживания болезни) Чехову удалось описать во множестве произведений. В рассказе «Тиф» поручик Климов заболевает в купе поезда. Самочувствие его таково: «Руки и ноги его как-то укладывались на диване... в голове стоял тяжелый туман; мысли его, казалось, бродили не только в голове, но и вне черепа, меж диванов и людей, окутанных в ночную мглу». Климов старается «не нюхать воздуха, пахнувшего жареным мясом, и не глядеть на жующие рты, – то и другое казалось ему противным до тошноты». Дома его раздражает «быстрая небрежная речь доктора, его сытая физиономия». После кризиса «...Климов очнулся от забытья... в спальне не было ни души. Утреннее солнце било в окно сквозь занавеску, и дрожащий луч, тонкий и грациозный, как лезвие, играл на графине... Когда явился доктор, поручик думал о том, какая славная штука медицина, как мил и симпатичен доктор, как вообще хороши и интересны люди» [15].

Проблемам деонтологии и психологии общения врачей между собой посвящен рассказ «Интриги». Точно и достоверно описывает Чехов психологию бездушного интригана доктора Шелестова, который «про себя» «проигрывает» свое выступление на заседании Общества Н-ских врачей: «...Он скажет, что, действительно, на консилиумах он иногда возвышает голос и обрывает коллег, не стесняясь присутствия посторонних; правда и то, что он однажды на консилиуме, в присутствии врачей и родных, спросил у больного: «Какой это дурак прописал вам опиум»? Редкий консилиум обходится без инцидента. Но почему? Очень просто. На консилиумах, его, Шелестова, всегда поражает в товарищах низкий уровень знаний. В городе врачей тридцать два, и большинство из них знает меньше, чем любой студент первого курса. ... Конечно, *nomina sunt odiosa* (об именах умалчивают – В. К.), но на заседании все люди свои, и к тому же, чтобы не казаться голословным, можно назвать имена... Он будет выводить всех на чистую воду, срывать с интриганов маски; председатель утомится звонить, уважаемые товарищи повскакивают со своих мест, завопят, замашут руками». [15].

Страницы художественных произведений – не учебник. Но все-таки именно на них можно найти подлинно глубинное психологическое видение проблем профессионального медицинского общения. Ю. Г. Виленский в предисловии к своей книге о Михаиле Булгакове отметил, что

«врачебные предвосхищения писателя... пророчески обращены в наши дни» [4].

С добродушным юмором вспоминает писатель о «терзаниях» юного врача, быть может, впервые осознающего важность первого впечатления для налаживания контакта с сотрудниками и больными: «Мой юный вид отравлял мне существование на первых шагах. Каждому приходилось представляться: – Доктор такой-то. И каждый обязательно поднимал брови и спрашивал: Неужели? А я-то думал, что вы еще студент.

– Нет, я кончил, – хмуро отвечал я и думал: «Очки мне нужно завести, вот что». Но очки было заводить не к чему, глаза у меня были здоровые, и ясность их еще не была омрачена житейским опытом. Не имея возможности защищаться от всегдашних снисходительных и ласковых улыбок при помощи очков, я старался выработать особую, внушающую уважение походку. Говорить пытался размеренно и веско, порывистые движения по возможности сдерживать, не бегать, как бегают люди в двадцать три года, окончившие университет, а ходить. Вышло все это, как теперь, по прошествии многих лет, понимаю, очень плохо» [2].

Вопросы психологии общения, которые сегодня принято относить к медицинской деонтологии, также привлекали внимание Михаила Булгакова. По-видимому, ему не был знаком этот термин, введенный в практику здравоохранения в нашей стране в 1948 году академиком Н. Н. Петровым. Тем не менее, рассказы, входящие в «Записки юного врача», в буквальном смысле слова, проникнуты духом деонтологии. Вспомним постоянно дискутируемый вопрос: говорить ли больному правду? – и откроем рассказ «Звездная сыпь».

«– У тебя, тетка, а также у твоих ребят «дурная боль». Опасная, страшная болезнь. Всем, всем сейчас же нужно начинать лечиться и лечиться долго.

Как жаль, что словами трудно изобразить недоверие в выпуклых голубых бабьих глазах... Скудова же это?... У меня перед глазами лежали часы на столике. Как сейчас помню, что поговорил я не более трех минут, и баба зарыдала. И я очень рад был этим слезам, потому что только благодаря им, вызванным моими нарочито жесткими и пугающими словами, стала возможна дальнейшая часть разговора» [2]. После длительного лечения, по-прежнему мало что понимающая в страшном заболевании (сифилисе), женщина после осмотра у врача, осмотра, показавшего успешность лечения, говорит: « – К завтраму, стало быть, выпишусь, – сказала мать,

поправляя кофточку. – Нет, нельзя еще, – ответил я, – еще один курс придется перетерпеть. – Нет моего согласия, – ответила она, – делов дома срезь. За помощь спасибо, а выписывайте завтра. Мы уже здоровы. Разговор разгорелся как костер. Кончился он так: – Ты... ты знаешь, – заговорил я и почувствовал, что багровою, – ты знаешь... ты дура! .. – Ты что же это ругаешься? Это какие же порядки – ругаться? – Разве тебя «дурой» следует ругать? Не дурой, а... а!... Ты посмотри на Ваньку! Ты что же, хочешь его погубить? Ну, так я тебе не позволю этого! И она осталась еще на десять дней. [2].

Приведенные выше примеры позволяют утверждать, что наличие в произведениях художников слова такого рода материалов дает возможность широко использовать художественную литературу в качестве иллюстративного материала на семинарских занятиях по психологии профессионального медицинского обще-

ния. В пользу такого допущения говорит и «причесанная», часто неудовлетворительная передача пишущими на эту тему врачами диалогов с больными. На основании таких записей судить о подлинном влиянии речевого общения на психологический климат лечения было бы, в определенном смысле, опрометчиво. В тех же случаях, когда источник информации – художественное произведение, оно, как правило, гораздо более адекватно передает и психическое состояние, и речевое поведение общающихся врача и больного.

Разумеется, такого рода материалы, в конечном счете, должны быть признаны всего лишь паллиативом. Подлинную же ценность составят строго документированные (магнитофонные) записи фрагментов реального общения в сопровождении клинично-психологического комментария, выполненного в рамках научных исследований проблематики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ. / Общ. ред. М. С. Мацковецкого; Последействие Л. Г. Ионина и М. С. Мацковецкого. – СПб.: Лениздат, 1995. – 400 с.
2. Булгаков М. А. Избранные произведения: В 2 т. – К.: Дніпро, 1989. – Т. 1 – 765 с.; Т. 2 – 749 с.
3. Ван Дейк Т. А. Язык. Познание. Коммуникация: Пер. с англ./ Сост. В. В. Петрова; Под ред. В. И. Герасимова. – М.: Прогресс, 1989. – 312 с.
4. Виленский Ю. Г. Доктор Булгаков. – Киев: Здоровья, 1991. – 256 с.
5. Витгенштейн Л. Логико-философский трактат. М., 1958. – 308 с.
6. Грязнов А. Ф. Язык и действительность: Критический анализ витгенштейнианства. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 142 с.
7. Изаренков Д. И. Обучение диалогической речи. – 2-е изд. – М.: Русский язык, 1986. – 160 с.
8. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине: Пер. с чешск./Ред. Г. Шевченко. – Прага: Издательство медицинской литературы «Авиценум», 1974. – 405 с.
9. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 112 с.
10. Меве Е. Б. Медицина в творчестве и жизни А. П. Чехова. – Киев: Здоровья, 1989. – 280 с.
11. Общая риторика: Пер. с фр./Ж. Дюбуа, Ф. Пир, А. Тринон и др.; Общ. ред. и вступ. ст. А. К. Авеличева. – М.: - 1989. – 392 с.
12. Фейгенберг Е. И., Асмолов А. Г. // Психологический журнал. – 1989, – 10, N. 6. – С. 58 – 66.
13. Формановская Н. И. Русский речевой этикет: лингвистический и методический аспекты. – М.: Русский язык, 1982. – 126 с.
14. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными: Пер. с венг./ Ред. М. В. Коркина, В. М. Шкловский. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
15. Чехов А. П. Полное собрание сочинений и писем: В 30 т. – М.: Наука, 1974 – 1983.
16. Шапирштейн Г. Я. // Вопросы психологии. – 1989, 5. – С. 144 – 148.

В. М. Калінкін.

ПСИХОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО МЕДИЧНОГО СПІЛКУВАННЯ ЯК НАУКА ТА УЧБОВА ДИСЦИПЛІНА

У статті розглянуто проблеми специфічної дійсності психології професійного медичного спілкування. Підкреслено необхідність філософсько-психологічного осмислення, комплексного клініко-психологічного та прагмалінгвістичного описання. Професійне медичне спілкування відбувається у складному контексті об'єктивного психологофізіологічного стану і суб'єктивного переживання хвороби, інструментально-медикаментозного та психотерапевтичного впливу на пацієнта. Ведучим компонентом взаємодії лікаря та хворого у процесі спілкування є слово. Володіння законами психологічного впливу слова підвищить ефективність лікування і буде сприяти подальшій гуманізації медицини. (Журнал психіатрії та медичної психології. – 1996. - № 1(2). – С. 3-8).

V. M. Kalinkin.

PSYCHOLOGY OF PROFESSIONAL MEDICAL INTERCOURSE HOW SCIENCE AND STUDY

This article is devoted to problems of the psychology specific reality of professional medical intercourse. Noted the necessary of phylosophy-metodological comprehension of problems, the complex clinical-psychological and pragmalinguistic description. The professional medical comprehension consisted of objective psychological and physiological conditions in complex context and subjective experience of diseases, instrumental-medicines psycho-therapeutically influence on patient. The leading component of cooperation between doctor and patient in the process of comprehension is «word». The knowledge of word's psychological influence laws is increasing of effectively of treatment actions and will help humanization of medicine in the future. (The Journal of Psychiatry and medical Psychology. – 1996. - № 1(2). - P. 3-8).

Поступила в редакцію 25.08.95

ПЕРСПЕКТИВЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: науковедение, философия медицины, предрасположенность, индивидуализация, профилактика, страхование медицинское.

Общеизвестно, что эволюция научных знаний и практических возможностей человека органично связана с их специализацией и дифференциацией. Чем развитие отрасли, тем самостоятельнее она и отдаленнее от исходной точки роста. Это дистанцирование от корней и истоков одновременно и неизбежно, и нежелательно, поскольку связано с сужением, порой катастрофическим, профессионального кругозора специальности. Эта закономерность, очевидно, универсальна, а ее проявления в медицине достаточно очевидны. Каждая здравоохраненческая дисциплина самооснащается собственным понятийным аппаратом и логикой исследований. Междисциплинарные связи науки лишь отчасти компенсируют негативные стороны дивергенции.

Попытки реинтеграции наук на основе их фундаментальной общности (Кедров Б. А., 1973) оказываются малоэффективными, по-видимому, по причине того же закона специализации. Глубокие и тонкие исследования науковедов, совершенствуясь, специализируясь, сами отдаляются от других дисциплин. Всем понятно, что эволюция наук рано или поздно в силу внутренних потребностей придет к каким-то, пока еще неизвестным, формам реинтеграции. Понятно также, что этот объективный процесс всецело зависит от посильных усилий специалистов, ощутивших в своей практической работе потребность в междисциплинарном синтезе наук. В такой ситуации длительное время находится и автор настоящей работы. Отнюдь не владея сколько-нибудь полной науковедческой информацией и будучи типичным узким специалистом, он тем не менее берет на себя смелость поделиться некоторыми своими откровенно непрофессиональными соображениями. Подобные вопросы в той или другой форме не могли не обсуждаться и в мировой медико-философской литературе, и тем не менее нам хорошо видно, что это практически не отразилось на методологии продолжающих дивергировать экспериментальных и клинических работах медиков.

Психологическая сложность адаптации к интеграционной идеологии, равно и ее перспективность, представляются, таким образом, очевидными. Отсюда возник замысел и содержания, и жанра этой работы, рассчитанной на повышение интереса к соответствующей проблематике и отнюдь не претендующей на ее профессиональный анализ.

Для начала обратимся к общим первоисточкам наук. Поинтересуемся, что думал о медицине Платон-мыслитель, не отягощенный знаниями современной науки и всех ее составляющих. Этот философ считал, что страдания болезни приходят к человеку либо открыто извне, либо исподволь изнутри. Соответственно они бывают двух, совершенно различных, во многом даже противоположных видов. Иначе говоря, объективно это две сущности. Одни болезни – невзгоды. Они вызваны немилосердной средой и связаны с противостоянием человека всему повреждающему: голоду, мечу, паразитам, пламени, яду и т. д. Другие болезни – немочи. Они не от избытка, а скорее от отсутствия невзгод, от отсутствия необходимости противостояния среде. (Бездействующий организм сам запутывается в своих собственных «соках», «кразиях» и т. д.) Таким образом, страдания бывают двух диаметральных свойств, значит изучать, понимать их нужно отдельно. Лечить и предупреждать – тем паче. Платонова мысль ясна и проста: понятие «болезнь» объединяет 2 (два!) различных и во многом диаметральных состояния человека.

Несчастные случаи, вызванные зубами хищника, стрелой, ядом, огнем, морозом, внедрившимся паразитом и т. п. – это простые болезни простолудинов. Состояния, возникающие чаще у тех, кто не знает лишений, связаны со сложными нарушениями. Это различные диатезы, дискразии. Эти два вида болезней настолько не схожи, что бороться с ними нужно совершенно по-разному. Отсюда следовало, что должны существовать две различные медицины. Две тео-

рии и две практики медицины. Одна – для низших сословий: плебса, вайнов, другая – для олигархов-философов. Да, великий Платон, проектируя свою платоническую Утопию, видел в ней медицину только двойной. Противоположные классы болеют противоположными болезнями. Это нужно понять и признать. Мы не должны ужасаться реакционностью и классовым эгоизмом мыслителя. Сейчас не будем об этой стороне его мировоззрения. Тем более что принадлежность к классу определялась по Платону не как сегодня – статусом родителей, а личными качествами и заслугами каждого. И в этом отношении его система несравненно демократичнее (!) и нашей, и бывшей номенклатурной системы, и нынешней нуворишской. Но сейчас интересно бы понять, были ли у Платона не умозрительные социологические, а естественнонаучные основания для подобных взглядов. Отличались ли объективно, как мы теперь говорим, когорты плебса и правителей медикобиологически? К сожалению, древние авторы не жаловали вниманием здоровье низших классов, рабов. Но мы можем составить себе представление о том, чем болели люди прошлого по их костным останкам. В этом помогает нам палеоантропология и палеопатология. Рабы и воины погибали, как правило, молодыми и здоровыми, даже зубы у всех были целы. Правители, жившие много больше, успевали приобрести различные, в том числе и костные недуги. Впрочем, такую информацию можно получить и не беспокоя прах усопших. Наша современная жизнь позволяет сравнить здоровье цивилизованных и современных же, но почти «первобытных» народностей. Результат будет тот же. Искусственные условия ведут к болезням цивилизации, «естественные» условия выковывают отличное здоровье. Причем делают это в первую очередь за счет естественного отбора, выбраковывающего порядка 90% родившихся и вынужденной тренировкой выживших к холоду, голоду, влажности, переутомлению и т. п. Мы столкнемся с диаметрально противоположными вариантами здоровья. Одни здоровы «благодаря» суровым средовым условиям, другие – благодаря защищенности от этих средовых невзгод.

Таким образом, мы приходим к заключению, что всегда существовали и существуют два противоположных по сути вида здоровья. Названия им пока нет, равно и способа выявления. Но «здоровья» т. о. бывали и бывают совершенно разные! И заметьте, даже сам язык (и не только русский!) сопротивляется такой крамоле: это болезней много, а здоровье всегда одно! И понятно, что врач должен выявить у пациента одну из

тысяч болезней и лечить ее, а не пускаться в объяснения насчет различных «здоровьев». Вроде бы так... Если только опять не подводит нас здравый смысл и наша научная невнимательность по отношению к себе.

Но вернемся к Платону с его двумя медицинскими, обслуживающими две различные людские породы: закаленных и расслабленных. Ведь в этом диапазоне укладывается великое множество переходных «здоровьев»! Несомненно, в естественных условиях выживает и живет лишь малая доля родившихся – самые выносливые, закаленные и почти одинаковые. Цивилизация или быт древней элиты, наоборот, сохраняют в живых большую часть новорожденных во всем их мыслимом разнообразии. Это их привилегия. «Простые» – до старости, как правило, не доживают. Их популяции однообразно молоды. Вот и получается, что у одинаковых по закаленности и возрасту плебеев характер болезни зависит только от вида повреждающего воздействия. А набор таковых относительно невелик. У аристократов, разнообразных по выживанию, рождению, по возрасту, да и по прихотям и сами болезни разнообразны, они независимы от внешних невзгод. Они – болезни – отражают индивидуальные особенности, которые в естественных условиях были бы несовместимы с жизнью. Платон писал, что аристократы поддерживают «заботливо хилую жизнь», болея совсем иначе. Можно не сомневаться, что они болели теми же десятками тысяч болезней, которые известны современной медицине. Это так называемые «полиэтиологические» заболевания, опухоли, наследственные синдромы, врожденные, психосоматические, обменные, аллергические и т. п. недуги современного человека!

Платон прав. Существовало и существует два полюса образа жизни, два полюса типа здоровья, два полюса структуры заболеваемости. Отсюда непреложный вывод – должны существовать 2 программы здравоохранения, две медицины.

Не станем больше оскорблять современного человека недемократическими терминами Платона (медицины «черни и олигархов», «плебеев и элиты»). Назовем первую просто «простой», а вторую «сложной» и попробуем определить, в какой степени такое подразделение соответствует современной практике и теории медицины.

Вначале – об основной миссии медицины – о практике выявления, лечения и предупреждения болезней. При простом заболевании проблема качественного его определения отпадает. На вопрос, что случилось, чаще всего отвечает и сам

пациент. Для заболевания сложного эта проблема самая важная и наисложнейшая. Предстоит установить соответствие данного случая уже известному из опыта и (или) литературы предмету. Лечение простого заболевания в принципе тоже просто. Необходимо удалить патогенный агент (стрела, паразит) и (или) помочь организму самоизлечиться. При сложном заболевании это сделать невозможно. Здесь мы компенсируем, замедляем или в лучшем случае останавливаем саморазвитие патологического процесса. Профилактика простого заболевания – это эффективная техника безопасности в широком смысле понятия. Сложного – рекомендации по оптимизации внешней среды и быта, часто, увы, малоэффективные. Строго говоря, чего не нужно беречься не очень понятно.

Заметим, что это платоновское разделение заболеваний ни в коей мере не идет вразрез с известным принципом Оккама. Оно не «умножает сущности» их. Что касается грани между полюсами, то она условна. Она не разделяет на сложные и простые медицинские дисциплины, а проходит внутри их. Более того, значительная часть клинических случаев принципиально не может быть отнесена к той или противоположной категории. Грань проходит опять-таки внутри их. Скажем, «простой» ожог может сопровождаться разнообразными «сложными» эндогенно-детерминированными прогрессивными формами ожоговой болезни. С другой стороны, «сложный» наследственный диабет может вести и к стандартному некротическому процессу – последствию «простого» нарушения кровоснабжения.

С этой точки зрения привычная нам современная медицина эклектична. Не различая двух сущностей в собственных своих результатах и действиях, она тщетно, уже третье тысячелетие пытается ответить на принципиально некорректный вопрос, что есть «болезнь вообще». Заметим в скобках, что медицина тем самым ставит себя в особое положение паранауки – области знаний, еще не способной сформулировать свои базисные понятия – «болезнь» и «здоровье». И, возможно, поэтому странное словосочетание «наука и медицина» постепенно завоевывает себе право на существование...

Привычная наша медицина, постоянно имея дело и с простыми и со сложными явлениями, естественно, тяготеет к более простым. По инерции мышления во всех случаях мы ищем вредное патогенное внешнее воздействие. Такой подход понятен и врачу, и пациенту. Он легко вытесняет любые более сложные альтернативные

концепции. Но в то же время с каждым днем становится все очевиднее, что понять нынешние проблемы, пользуясь линейной логикой простой медицины, – невозможно.

Что касается сложной же медицины, то она существовала, очевидно, всегда, во всяком случае со времен Гиппократов. Неопровергнутая (и, видимо, неопровержимая) она существует, но подобно теневого правительства, не функционирует. Целые тысячелетия практически безраздельно господствует идеология простой плебейской медицины. И причина тому дееспособна, под ее флагом достигнуты важнейшие победы человечества над болезнями. Но монополия развращает, оказывается в положении диссидента. В то же время присутствие и сложной медицины ощущается постоянно и с каждым днем все явственнее. Корни и ростки ее – везде, где мы сталкиваемся с информационными процессами, с тем, что минимальные, ультратонкие «причины» – сигналы ведут к драматическим для жизни человека макропоследствиям. Это те области, где принципиально нет и не может быть соответствия между мощностью провоцирующего воздействия и масштабом вызванного патологического процесса.

Воспитанные в духе простоты, мы чаще всего не замечаем знаков, которыми сложное тщетно пытается обратить на себя наше внимание. Возьмем самое обычное для исследователя-медика явление – разброс индивидуальных показателей. Приученные к простоте, мы, подобно физикам, досадуем на это явление, приравнивая его к измерительной погрешности, которая «портит» вид наших кривых и достоверность сравнений «истинных» средних величин. И если различие между максимальным и минимальным индивидуальным параметром даже во много раз превышает уловленные различия средних показателей, нас это мало волнует: лишь бы результат внешнего воздействия – экспериментального или естественного – был бы достоверным. В то же время, даже кричащий индивидуальный разброс оказывается вне кадра и бывает навсегда похороненным в груди невостребованной, безнадежно сложной информации.

То, что делает столь различными индивидуальные показатели, действительно, слишком уж безнадежно сложно, чтобы на него тратили время прагматичные исследователи. Однако исследователи – люди, и бывают они очень разными. А непрагматиками почему-то очень богата территория бывшей Российской империи. Не убоявшись ни сверхсложности задач, ни традиционной тупости власть предержащих, они обна-

руживали странные факты, осмысливать и утилизировать которые будут еще и грядущие поколения. Все, что происходит на макроуровне в организме и в его клеточных сообществах, зависит не только от индивидуальной комбинации генов, определяющих гомологичные ряды (Вавилов Н. И.), но от взаимовлияния космоса и человека (Вернадский В. В., Циолковский К. Э.) и от эфемерных отголосков магнитных бурь (Чижевский А. М.), от непонятных «трофических влияний» нервных центров (Павлов И. П., Сперанский Н. И.) и от нежнейших «митогенетических» межклеточных электромагнитных сигналов (Гурвич А. Г.). Поэтому-то корни нашего здоровья и нездоровья следует искать в самом человеке, в бездне его индивидуальных особенностей (Давыдовский И.В.).

Все это, конечно, очень далеко от сегодняшней практики врача. Последняя опирается на куда более прагматичную простую медицинскую парадигму, у которой к тому же мощнейшая общечеловеческая психологическая база. Действительно, «болезнью» любая беда в организме, любое страдание называется. А это существительное на всех языках обозначает что-то существующее как бы само по себе. Это то, что входит, проникает, повреждает, подавляет и уходит. «Раки, «жабы», вселяющиеся «нечистые» – это образное обозначение непонятных враждебных сил, пришедших извне, подобно глистам, паразитам, змеям, огню и т. д. заставляют нас страдать. Если это не нечистые и жабы, то вирусы и нитраты, но обязательно нечто внешнее. Сам же человек, его сущность – вне подозрений. Он мыслится однообразно хорошим, а плохое и очень разнообразное приходит снаружи. И если что-то испорчено, где-то вмятина – это всегда след внешнего повреждения. Такова парадигма всей простой медицины. Даже обнаружение и понимание наследственных заболеваний мало что изменило: виноватым оказался опять-таки «вредный» мутаген, повредивший когда-то «хороший» ген в хороших хромосомах какого-то предка. Или «вредный» аллерген. Даже сама старость рассматривается чаще всего как накопление мелких и немелких повреждений. Хотя, где уж найти более наглядный пример внутренней неизбежности беды, «независимости» ее от внешних воздействий!

Открытия Пастера еще больше укрепили эту естественную простую парадигму. Человек осознал себя в оцеплении полчищ невидимых мощных и страшных врагов – микробов. Наконец, достижения экологии – самое последнее и очень веское слово в создании образа внешнего врага.

Думаю, что, обращаясь к коллегам, мне не нужно оправдываться, доказывая, что я понимаю вредоносность, скажем, СПИДа или нитратов. Конечно, речь не может идти о каком-либо преуменьшении значения внешних факторов для здоровья человека. Речь лишь о том, что простой медицине принадлежит не вся правда. Что существуют заболевания и процессы глубоко внутреннего происхождения, саморазвивающиеся из определенных генетических и фенотипических особенностей организма.

Очевидно, это историческая судьба человечества. Освобождаясь от средовых, экологических, в широком смысле слова, недугов, он оказывается рано или поздно один на один с недугами своими собственными, не привнесенными извне, а выращенными в себе. Понять и признать реальность специфичности этих двух медий, может быть, даже не так сложно, но вот принять ее явно непросто. Этому противоречит весь опыт поколений, наш личный опыт и «здравый» смысл.

Повторюсь: персонифицирование причин болезни мы сохранили с давних времен, сохранили и закрепили благодаря блестящим успехам медицины и социальной практики. Ведь только благодаря этой идеологии почти все слои современного цивилизованного мира поднялись до элитарной благополучной защищенности. Она – защищенность – и следствие и необходимое условие всех социально-экономических, культурных, технических достижений человека. Все это так. Но в своем стремительном наскоке на природу человек явно превысил меру необходимой обороны. С одной стороны, это отразилось на экологии планеты. С другой стороны, на фоне вновь созданных экологических проблем пока еще очень робко, но уже прорисовывается другая проблема, вырастающая из перезащищенности человека. Многостороннее «кондиционирование» окружающей среды приводит к формированию особого стиля жизни. Человек с каждым годом все меньше полагается на себя, на свои силы, свои собственные биологические, физиологические, психические возможности и резервы. Вся мощь современных медикаментов часто используется для «пальбы по воробьям». Чтобы устранить головную боль, апатию или перевозбуждение, недомогание или усталость, повышенный или пониженный аппетит и т. п., человек пользуется аптекой.

Современный человек живет много дольше, чем его предок. Он почти не страдает от холода, инвазий и инфекций. Это происходит, однако, не только в силу его внутренней живучести, а

внешней защищенности. Это состояние порождает тягу к еще большей защищенности, к многостороннему (внешнему и внутреннему), обычно покупаемому комфорту.

Внутренние резервы здоровья у среднего нашего современника невелики. Об этом говорит структура его заболеваемости. «Помолодение» и учащение многих «многопричинных» недугов, болезней цивилизации.

Если следовать логике простой медицины, то в деле популяционной профилактики нужно и далее изыскивать способы защиты организма. Заставить бы всех мыть руки перед едой, не вступать в половую связь с первым встречным-поперечным, чистить зубы, не кричать друг на друга, заниматься спортом и «сбалансированно» питаться... И тогда бы и наступило медицинское благоденствие... Но верится в эту перспективу с трудом... А генетические, а врожденные, а просто «этиологически неясные» болезни, как с ними? Да и с точки зрения практической, суперкондиционирование (создание герметических городов с контролируемой микрофлорой, температурой, влажностью, пищевым рационом и т. п.) в настоящее время мало кого может устроить. Мы – не просто организмы. Слишком важна для нас духовность непосредственного общения с природой, так остро ощущаемой космонавтами после длительного обитания в герметической среде аппаратов. Слишком очевидна и биологическая роль этого контакта. Для многих видов, как известно, даже сама инфицированность среды – условие нормального развития органов и тканей, для других – обязательное условие нормального их функционирования. Очевидно, старым испытанным путем – усилением внешней защиты – повысить уровень здоровья удастся уже не намного. Подход этот концептуально себя исчерпал. Здесь «только» проблема внедрения. Важно осознать, что оптимизация среды и образа жизни – важнейший, но не единственный и не исчерпывающий принцип обеспечения здоровья.

В рамках простого есть и другой путь, предложенный еще Ж.-Ж. Руссо. Это подражание Природе в надежде на то, что она мудра и благостна. Вернуться к первобытности – вернуться в райское здоровье... Но, увы, возвращаться некуда. Никакого рая на Земле никогда не было. А Природа – всегда бесчеловечна и в обмен на здоровье требует заклятия некондиционных, с ее биологической точки зрения, младенцев. Назад к природе пути нет. Возникла и мысль компромисса. Подражать природе, но не во всем. Например, хорошо бы в 100 раз увеличить физи-

ческую нагрузку или в 2 раза снизить калорийность пищи, или временами голодать, или купаться в проруби, или свести к биоминимуму секс, или поменьше дышать, или еще что-нибудь новенькое... Вот если бы всех-всех убедить, заставить делать это (или то?)! Тогда! Но, слава Богу, ни убедить, ни заставить всех не удастся. А смерти и инфаркты у самих проповедников даже безобидного бега трусцой заставляют задуматься. Ведь здесь срабатывает та же философия Простой медицины: всем-всем защищаться и защищаться до предела. Именно до предела, иначе и вправду пользы от этих тренировок хоть и много, но далеко не достаточно. Но с другой стороны, если нагрузки увеличивать, приближая к эффективным, возникнет ситуация, приближающаяся к неприемлемому для нас естественному отбору. В рамках логики простой медицины – это тупик.

Иначе обстоит дело с позиций медицины сложной. Для последней очень важно, что *homo sapiens* структурно-функционально весьма полиморфный вид. Популяции человека, практически освободившиеся от стабилизирующего отбора, состоят из индивидов большей частью биологически малосостоятельных. В естественных условиях они почти все подлежали бы элиминации. Но самоценность каждого индивида аксиоматична. Поэтому путь к максимальному здоровью популяции лежит через признание этих фактов, и создание системы упредительных мер, опирающихся на максимальную индивидуализацию. Такая система сможет функционировать только на принципиально новой теоретической и практической базе. В первую очередь, это – база данных по медицинской типологии (вариантной нормологии) человека. Такие данные могут быть получены на основе логики, тяготеющей к высшему уровню интеграции и синтезу медицинских наук. Это та область, где и границы не только медицинских специальностей, но и самой медицины растворяются, сливаясь с другими науками.

К системе практических мер сложной медицины ближе всего окажутся психология, образование, экономика. Действительно, приучить человека к уважению к собственной и чужой индивидуальности – проблема социально-психологическая. От ее решения, кстати, зависит сама возможность реализации демократического общественного устройства. Ассимилировать терпимое и заинтересованное отношение к глубокой психофизической неодинаковости людей человек, очевидно, должен с очень ранних детских садовских дней. Позже каждому придется ус-

воить, что большая часть его беспричинных («многопричинных») недугов – это естественное продолжение каких-то особенностей личности, индивида, организма. Поэтому невозможно сделать что-то такое, чтобы никто не заболел раком, атеросклерозом, диабетом и т. п., невозможно в принципе. В этой области каждый остается один на один со своими и обожаемыми и (или) проклинаемыми особенностями... Фатум? Нет. Но удары судьбы можно и нужно научиться смягчать или даже парировать.

По мере того как мы станем распознавать различные типы здоровья у различных людей, мы станем предугадывать их медико-биологическую судьбу. Конечно, не по гороскопам и восточным календарям, не хиромантией и астрологией, а по их научным аналогам. Хотя, справедливости ради, нужно отметить, что вся эта оккультность и различные рекомендации восточной медицины выращены на том же сложном стремлении познать индивидуальность и запрограммированность человека. Информация о границах возможности данной личности-организма, об особенностях его биоритмики и зависимости от конкретных видов внешних воздействий позволит с возрастающей надежностью прогнозировать ожидаемые события и упреждать их нежелательное развитие. Это все и должно стать стратегией сложной медицины, действительно неразрывно связанной со всеми знаниями человека. Обе медицины взаимодополняющи и равноправны. Стратегия и тактика простой – защита организма – малоэффективна в отношении сложных болезней. Точно так же и наоборот. Диагностика индивидуумов и прогнозирование внутренних процессов мало поможет в решении, скажем, популяционных экосоциальных проблем.

Хотя Сложной медицине, однако, предстоит доказать свое право на существование. Но есть область, в которой жизненность ее может проявиться уже сейчас. Речь о профилактике. Область, в которой особенно отчетливо проявляются экономические проблемы современного рыночного здравоохранения. В качестве э к о н о м и ч е с к о г о субъекта медицина заинтересована в формировании и расширении рынка сбыта, в стабильности потока заказов, в высоких ценах на услуги. Эти условия и обеспечивают отрасли, как и любой другой, процветание. Рост заказов, их сложность автоматически требуют притока высококвалифицированных рабочих рук, стимулируют совершенствование и расширение производства, научных разработок и т. д. Это все еще больше расширяет ее возможно-

сти, ее способность выполнять все более голололомные и обширные заказы. Все сказанное полностью относится и к отдельным работникам медицины, в особенности к врачам. Чем больше практика, чем сложнее клинические задачи, которые приходится решать врачу, тем выше его профессионализм, его возможности и, соответственно, общественное признание и вознаграждение. При этом уровень последнего, естественно, пропорционален сложности состояния больного. Чем больше угроза жизни или целостности тела и чем эффективнее ее устранение, тем больше со стороны пациентов и общества проявлений благодарности. Не нужно доказывать, что именно к такой напряженной и сложной профессиональной жизни будет стремиться каждый врач «от Бога». Высокий врачебный профессионализм жаждет рынка сбыта для своего знания и умения, а рынок этот... об этом не принято говорить и даже думать... Но рынок этот – страдания человека. И ни при чем здесь гуманность нашей профессии, она самоочевидна. Но сие от нас не зависит в экономической области, общие интересы пациентов противостоят профессиональным интересам врачей. Иначе не может быть. Сложные драматические ситуации, достойные высшего врачебного мастерства, виртуозности, эрудиции со всех точек зрения интересны врачу, но отнюдь не пациенту.

Совершенно по-иному выглядит эта проблема с позиций медицины, которая обозначена как сложная. Все виды деятельности врача, медперсонала и медучреждения претерпевают изменения. В этих условиях медик просто не может быть вознагражден за диагностику и лечение болезни. И это по той простой причине, что болезни как таковой он часто и не видит. Ее у пациента нет и не должно быть. То, что оплачивается – это реализованная возможность остаться здоровым, это некоторая гарантия избежать необходимости лечиться. И профессиональное мастерство, и эффективность, и вознаграждение в такой системе измеряются показателями, связанными с сохранением здоровья, с незаболеванием пациента. Эти показатели могут быть всегда вычислены по отношению к среднепопуляционным цифрам, по ожидаемой заболеваемости контингента или индивида.

Здесь полезно бы вспомнить о стародавнем опыте совмещения интересов пациентов и врачебной касты. Подобная система существовала, как известно, еще в Древнем Китае. Суть ее заключалась в том, что обслуживаемые врачом аристократы (речь идет опять-таки о них) щедро оплачивают врачебную деятельность только до

(!) возникновения заболевания. Болезнь одного из подопечных тотчас снижает уровень материального и иного вознаграждения. При этом медикаменты и другие средства и виды лечения оплачиваются не пациентом, а самим врачом. Максимальное вознаграждение врача достижимо при максимальном уровне здоровья контингента. Заметим, что такие организационные формы могли возникнуть и функционировать только в недрах сложной аристократической медицины. Близки к такому порядку некоторые виды современного страхования здоровья. Компания гарантирует застрахованному «бесплатно» самый высокий уровень необходимой медицинской помощи, но при одном условии – соблюдения пациентом предупредительного режима и всех назначений врача. Отказ от них ведет к одностороннему расторжению договора с разорительными убытками для застрахованного. Вознаграждение же последнего исчисляется из сумм, сэкономленных им для страховой компании. Чем меньше ей приходится тратиться на лечение, чем здоровее контингент застрахованных, тем выше заработок врача. Каждый вовремя не обнаруженный запущенный случай заболевания – ущерб для компании и ощутимый материальный удар по карману врача.

В функционировании подобных систем возникает масса всевозможных сложностей. Тем не менее, их разумность и целесообразность не может вызывать сомнений. Только так целитель и его подопечный оказываются и материально и морально заинтересованными в сохранении здоровья, в сверххранном выявлении и коррекции его отклонений. Дело за соответствующими теоретическими знаниями и практическими возможностями, относящимися к сложной медицине. Соответствующая система потребует от врача особых знаний. Ныне хороший врач, оказав лечебную помощь пациенту, обязательно напомнит ему о том, как уберечься от возможных грядущих недугов... Но как воспринимает средний пациент эту и всю прочую нашу медицинскую пропаганду и агитацию? Если пациент практически здоров, он чаще всего ничего для себя ценного не услышит, т. к. врач не может далеко уйти от полезных, но рутинных неиндивидуализированных рекомендаций. В соответствии с простыми требованиями простой медицины – то, что всем, то и каждому. Становление же современной сложной медицины – дело, требующее невиданного ныне синтеза фактически всех наук от психологии до астрономии.

Что знает и может знать специалист о реальной наследственной отягощенности, о врожден-

ной или приобретенной предрасположенности и биохимической, физиологической или психологической индивидуальности... о многом другом, что составляет особенность личности и организма и определяет будущее здоровье. В наших вузовских программах исчезли конституция человека, нормологическая медицинская психология и клиническая генетика, вариантная морфология и физиология, биохимия и т. п. Мы, врачи, настроены нашим образованием только на философию Простой медицины. На то, что человек рожден для счастья и здоровья, а все враги человека – во внешней среде. Что здоровье, если не считать наследственные болезни, зависит только от качества внешней среды – от чистоты воздуха до психологического климата. Предупреждение болезней, таким образом, – это общая экологическая и санитарная культура населения. Но мы с вами видели, что внешняя среда обычно не более значима чем внутренняя. И в деле профилактики уповать только на внешнюю среду – значит погрязать в медицинской лысенковщине. Следует изучать, понимать, а при необходимости и по возможности корректировать этот разнообразный индивидуальный, психический, физиологический, биологический внутренний мир.

Настоящее упреждение сложных болезней пойдет только став индивидуализированной системой с эффективной обратной связью. Эта связь должна стимулировать компетентного врача и культурного пациента к достижению цели – сохранению здоровья. Она же должна стимулировать научного работника к разработкам в области медицинской типологии, без которых упреждение болезней цивилизации не может быть достаточно эффективным.

Эта индивидуализированная, направленная, упреждающая профилактика немислима не только без конкретной медицинской «нормологической» и вариантной информации, которой пока почти нет. Она немислима и без определенной культуры и мировоззрения пациента, определяющих, в конечном счете, культуру взаимоотношений в психологически и экономически сложном треугольнике: пациент – его здоровье – врач.

Соображения, высказываемые здесь, носят умозрительный характер. Элементы логики, которую я связал с условным термином «сложной медицины», можно встретить во многих экспериментальных и клинических исследованиях. Что касается клинических работ, выполняемых полностью в таком ключе, то мне известны лишь две. Они принадлежат специалистам, весьма

отдаленным друг от друга. Это невропатолог А.К. Уманский и стоматолог – автор этих строк. Речь в этих работах идет о том, что возникновение заболеваний – энцефалит и кариес – вызываемых убиквитарными микроорганизмами, предопределяется неким особым состоянием тканевых образований – мишеней. Причины последнего связаны с особенностями организма – «вариантами здоровья», – зависящими в первую очередь от наследственных и приобретенных в раннем детстве задатков. Критическое состояние мишеней, будучи выявленным, служит показателями скрытой предболезни. Подчеркну, что речь идет не об экспериментальных, а о клинических исследованиях, имеющих прямой выход в практику сегодняшнего дня.

Работы, проникнутые такой или близкой научной идеологией, надо полагать, и представляют собой элементы построения обсуждаемой новой «сложной медицины». Интересны здесь интеграционные тенденции, которые будут неизбежно развиваться. Сегодня каждая дисциплина занята специфическим кругом вопросов, связанных с клиническими проявлениями и локализацией патологических процессов. «Свои-

ми» заболеваниями заняты, скажем, те же невропатологи, стоматологи, психиатры, дерматологи, нефрологи и т. д. Идя по пути раскрытия глубинных первопричин заболеваний, скрытых и индивидуальных особенностей организма, изучая связь клинических проявлений с параметрами медицинской типологии человека, врачи обнаружат естественную конвергенцию своих научных, а затем и клинических интересов.

Всего вероятнее, что возникнет практическая потребность в специалистах (или коллективах специалистов), профессионально занимающихся клинической типологией человека.

Сложные болезни сложны, как сам человек с его бесчисленными связями, со всем мыслимым и немыслимым. Они – неотъемлемая часть нашей человеческой биологии. Борьба с ними окажется по-настоящему эффективной, если она будет вестись сложной медициной. Это – система персонализированных упредительных мер, опирающихся на большую синтетическую науку о человечестве. Небольшим вкладом в данное направление хотел бы видеть автор и эту свою работу, работу стоматолога, публикуемую в журнале психопатологов.

В. Р. Окушко

ПЕРСПЕКТИВИ СТАНОВЛЕННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ МЕДИЦИНИ

Донецький державний медичний університет

Розглядаються наукознавські та філософські проблеми медичної науки та практики, пропонується принципово новий методологічний підхід до взаємовідносин понять «хвороба» і «здоров'я», який базується на уявленнях про «прості» та «складні» захворювання, при цьому основними причинами останніх, на погляд автора, слід вважати індивідуальні особливості людини. Автор обґрунтовує створення принципово нової профілактичної системи, яка б спиралася на базу даних з медичної типології (варіантної нормології) людини. Такі дані можуть бути отримані тільки на ґрунті інтеграції та синтезу медичних і немедичних наук. Викладається також оригінальний погляд а екологічні проблеми сучасної «ринкової» охорони здоров'я та страхової медицини. (Журнал психіатрії та медичної психології. – 1996. – № 1(2). – С. 9-16).

V. R. Okushko

TRENDS IN FOUNDATION OF INTERSUBJECT MEDICINE

Donetsk State Medical University

The problems of investigation of medical sciences and practice and philosophical problem's of medicine are shown in the article. The principally new methodological aspect of interaction of the ideas about "illness" and "health" are presented these, basing on the new imaginations about illness as "simple" and "complete". Regarding the last one the author supposes it is caused mainly by individual features of a man. That is why by the author's opinion there is a need to create a principally new prophylactic system which would be maintained with data base of medical typology (variant normology) of man. These data can be obtained only by means of integrity and syntes of medical and non-medical sciences.

The author proposes the original aspect for investigation of ecological problems of modern market health saving and insurance medicine. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. – 1996. – № 1(2) – P. 9-16).

Поступила в редакцію 8.11.95

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И СПИДА

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: болезни, передающиеся половым путем; сифилис, СПИД, социально-психологические, эпидемиологические аспекты

За последние годы во всем мире усилилось внимание к эпидемиологии болезней, передающихся половым путем (БППП). К ним относят, помимо сифилиса и гонореи, ВИЧ-инфекцию, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, трихомониаз, герпесвирусную и папилломавирусную инфекцию, вирусный гепатит В и др. [1, 2, 7, 8]. Формирование понятия о БППП обусловлено как широким распространением этих заболеваний, серьезными последствиями для здоровья, так и появлением СПИДа с его беспрецедентной опасностью и реальной пандемией [9, 11].

Эпидемиологический процесс при СПИДе во многом сходен с таковым при сифилисе. Идентичны биологические жидкости, в которых обнаруживается возбудитель, одинаковы пути передачи инфекции и группы риска, много общего в особенностях распространения ВИЧ-инфекции в ранних 1980-х годах и сифилиса в 1900-х [2, 11].

В связи с этим нами проведен анализ социально-эпидемиологических и социально-психологических факторов формирования очагов БППП (на примере сифилиса) в условиях крупного промышленного региона.

На протяжении последних трех лет в Донецкой области, как и в целом по Украине, прослеживается отчетливая тенденция к росту заболеваемости сифилисом. Так, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения в 1992 г. составил 19,0; в 1993 г. – 36,5; за 11 месяцев 1994 г. – 70,9. В Украине этот показатель в 1993 г. был в пределах 35,1; в США – 18,4 [9]. Современная волна роста БППП, особенно сифилиса, во многом связана с социально-психологическими предпосылками вследствие экономической нестабильности, миграции населения и сопровождается значительными изменениями в их эпидемиологии [3, 4, 6].

Аналізу подвергнуты 3987 случаев сифилиса, диагностированных в Донецкой области за 11 месяцев 1994 года.

По полу соотношение мужчин и женщин среди больных составило 1,1:1. Наибольший удельный вес заболевших приходился на возраст 20 – 29 лет (44,8%) и 30 – 39 лет (18,6%), т. е. наибо-

лее трудоспособную часть населения (63,4%). Заболеваемость подростков (до 14 лет) составила 0,4%, в возрасте 15 – 17 лет – 4,6%; при этом среди мальчиков заболеваемость, по сравнению с 1993 г., выросла в 8 раз, среди девочек в 5,2 раза. Подобная тенденция прослеживается и в целом в Украине, где заболеваемость сифилисом и гонореей мальчиков до 14 лет за последние 4 года выросла в 4,5 раза, среди девочек – в 1,5 – 2 раза [4].

Преобладающий контингент больных – жители города (95%); по профессиональному составу: рабочие – 25,1%; служащие – 5,5%; катерийные лица (пищевые, коммунально-бытовые предприятия) – 15,6%; лица без определенного места жительства (бомж) 0,55%. Большинство больных (53,3%) – лица, временно не работающие или работающие в коммерческих структурах и постоянно переезжающие с места на место. Обследование таких лиц на ранних стадиях заболевания практически невозможно, они нередко становятся источником распространения БППП; в 73% случаев у них зарегистрированы поздние формы заболевания. В целом в Украине в 1993 г. этот контингент составил около трети всех больных сифилисом [2].

2,4% всех заболевших – учащиеся, преимущественно СПТУ (51%). Мотивацией начала половой жизни в этой возрастной группе было любопытство, а для многих девочек впоследствии – средство существования.

Среди зараженных 36% холостые, 24 % живут в браке, 40% – разведенные, из которых преобладающая часть (25 %) – женщины.

Большинство больных (64,5%) заразились сифилисом при случайных половых связях. Количество половых партнеров на одного заболевшего в 1994 г. составило 4,8 по сравнению с 4,2 в 1993 г. Промискуитет, как фактор риска БППП, в том числе сифилиса и СПИДа, отмечают все исследователи [2, 3, 5, 7], при этом опасность заражения возрастает по мере увеличения количества половых партнеров. Именно эти так называемые «маргинальные» группы общества вносят наиболее весомый вклад в распространение БППП. Термин «маргиналы» был предложен для обозначения личностей и групп, на-

ходящихся за пределами данного социального общества или господствующих социальных норм и традиций [2]. Крах базовых ценностей и резкое снижение уровня жизни являются факторами, формирующими маргинальную ситуацию, которая на практике реализуется в форме промискуитета или секс-бизнеса, особенно среди подростков и в возрастной группе 18 – 29 лет.

В структуре заболеваемости сифилис первичный составил 33,9%, вторичный свежий – 24,2%, вторичный рецидивный – 30,4%, ранний скрытый – 11,2%, поздний скрытый и с неустановленной давностью заражения – 0,33%. Таким образом, поздние заразные формы сифилиса установлены у 41,6% больных, преобладающий контингент – женщины (63,5%) в возрасте 20 – 29 лет.

Активно выявлено 36,5% больных заразными формами сифилиса. Источники заражения установлены лишь у 28% случаев заразного сифилиса и 22 % – скрытых и поздних его форм.

Из 37 инфицированных ВИЧ, выявленных в Донецкой области, 13 – жители нашего региона. Вторичный свежий сифилис выявлен активно и зарегистрирован у одного больного СПИДом –

23-летнего юноши с гомосексуальной ориентацией. Факторами эпидемиологического риска в данном случае являются высокий процент (30%) незащищенных контактов и промискуитетный характер половой жизни больного.

Таким образом, качественный анализ показателей распространения сифилиса позволил выявить характерные особенности формирования эпидочагов БППП в условиях крупного промышленного региона: это, прежде всего, отчетливая тенденция к увеличению заболеваемости подростков, высокий удельный вес промискуитетных половых связей, особенно и возрастных группах 14–17 и 18–29 лет, формирование новых групп риска – т. н. «коммерсантов», деятельность которых связана с частыми миграциями; увеличение в структуре заболеваемости поздних заразных форм сифилиса, особенно у женщин активного детородного возраста – 20 – 29 лет.

Выявленные закономерности необходимо использовать как в системе эпиднадзора за распространением БППП, так и при организации психологической и социальной помощи больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко К. К., Цераиди Н. Ф. СПИД как венерологическая проблема // (Вестн. дерматол. – 1989. – М.: 4. – С. 28 – 31.
2. ВИЧ-инфекция: актуальные вопросы клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики / Руководство для врачей. Под ред. Т. В. Проценко и др. – Донецк, 1994. – 145 С.
3. Дихтиевская А. П. Социально-психологические предпосылки возникновения маргинальных групп, Великое белое братство // Психология и медицина / Под ред. С. И. Табачникова и др. – Донецк – Париж, 1994. С. 12– 13.
4. Калмыкова Г. Н., Ометов В. К., Авилев Е. Н., Прокопенкова С. А. Некоторые эпидемиологические особенности распространения сифилиса в Ростове-на-Дону // Вестн. дерматол. – 1991. – 5. – С. 24 – 26.
5. Лебедева Г. В., Мичкова С. А., Юминова В. В., Кузнецова Т. Н. К вопросу о социально-личностных особенностях больных сифилисом // Актуальные вопросы венерологии. – Горький, 1986. – С. 65 – 68.
6. Мавров И. И., Долежан В. В. Медицинские и правовые

- проблемы предупреждения венерических заболеваний в Украине // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 1993. – Т. 2, 2. – С. 225 – 228.
7. Лосева О. К. Сексуальное поведение больных сифилисом (эпидемиологические и медико-социальные проблемы): Автореф. дисс... д-ра мед. наук. – М., 1991. – 30 с.
8. Яцуха М. В., Хазиева А. В. Законодательные акты, законопроекты и некоторые правовые аспекты борьбы с распространением СПИДа // Вестн. дерматол. – 1989. – 8. – С. 24 – 27.
9. Kipke M. D., Futterman D., Hein K. HIVinfection and AIDS during adolescence // Med. clin. North Am. – 1990. – Vol. 74. – P. 1149 – 1167.
10. Rolfs R. T., Nakashima A. K. Epidemiology of primary and secondary syphilis in the United States, 1981 – 1989 // JAMA. – 1990. – Vol. 264 – P. 1432 – 1437.
11. Schonfeld J. AIDS and Syphilis – a historical comparison // Aktual. Dermatol. – 1991. – Vol. 17, No 1. – P. 3 – 10.

Т. В. Проценко, В. Г. Назим, В. Г. Кузнецов, В. М. Сухов, З. Ф. Третьякова

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ХВОРОБ, ЯКІ ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ТА СНІДУ.

Донецький державний медичний університет

Проведено аналіз соціально-епідеміологічних та соціально-психологічних аспектів хвороб, які передаються статевим шляхом, та СНІДУ. Знайдені характерні особливості формування таких осередків в умовах великого промислового регіону. (Журнал психіатрії та медичної психології. – 1996. – № 1(2) – С. 17-18).

Protsenko T. V., Nazim V. G., Kusnetsova V. G., Suhov V. M., Tvetyakova Z. F.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL AND EPIDIMIOLOGICAL ASPECTS OF SEXUOLY SPREAD AND OF AIDS

Donetsk Sate Medikal University

The analysis of social-epidemiological and social-psychological factors forming lacus of sexually-spread diseases (on exemple of lues). The specialities of forming for such seats in large industy region was found. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. – 1996. – № 1(2). – P. 17-18).

Поступила в редакцію 26.10.94.

ЧУВСТВО СТРАХА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

Украинская медицинская стоматологическая академия. Полтава

Ключевые слова: личность, невротические расстройства, страх, социальная среда.

Психические заболевания, так или иначе, зависят от процессов происходящих в обществе, способных не только определить какие-то частности клинической картины, но и изменить течение болезни, придать ей новые свойства и качества.

Пограничные состояния в силу своей реактивности особо чувствительны к общественным метаморфозам, на гребне которых появляются новые ориентиры, новый динамический принцип существования (Л.Рон-Хаббард, 1993), требующий дополнительных психических усилий недоступных, в значительной части своей, людям с личностными девиациями.

Речь идет о более или менее успешной адаптации черт характера отдельно взятого индивидуума к оптимальной для данной общественной формации модели, сопровождающейся болезненной ломкой стереотипов, трансформацией взаимоотношений, переоценкой ценностей и т.д.

В наше время такой моделью стал рыночный характер (Э.Фромм, 1986) наиболее адекватно приспособленный к социально экономическим условиям видящих в человеческом общении “свободный рынок личностей и человеческих качеств”.

Естественные препятствия, внутренние и внешние, возникающие в процессе превращения личностных черт в товар оказывают психотравмирующее воздействие особенно заметное у лиц с низкой фрустрационной толерантностью.

Отмечаемый повсеместно рост реактивных образований не только отражает в себе наиболее существенные черты социального экономического кризиса, но и влияет на его отдельные проявления за счет невротизации населения, создавая чреватое непредсказуемыми поступками нервное напряжение, своеобразный эмоциональный фон.

Предпринятый нами избирательный анализ данных, накопленных психиатрическими учреждениями Полтавской области, подтверждает ска-

занное выше. В течение последних пяти лет число завершенных суицидальных попыток возросло на 25%.

За этот же период количество состоящих в области на диспансерном учете больных с психическими расстройствами непсихотического характера увеличилось на 17%, а число больных с невротами, госпитализированными в отделение невротозов и пограничных состояний Полтавской областной психиатрической больницы им. А. Ф. Мальцева - на 14%.

Приведенные выше цифры лишь отчасти отражают наметившуюся тенденцию к росту числа реактивных состояний. В действительности же она, в силу оттока трудно поддающегося учету, но весьма значительного количества невротиков из медицинских учреждений к представителям так называемой альтернативной медицины, представляется еще более очевидной.

Изучение особенностей клинической картины 725 больных невротами стационарованными в Полтавскую областную психиатрическую больницу в течение 1990-94гг. показало, что во всех случаях, вне зависимости от формы невротоза, был представлен страх.

Чаще всего он не имел конкретной направленности, обнаруживая себя в форме неопределенного беспокойства, ощущения приближающейся беды, еще неосознанной в полной мере, неясной до конца, однако воспринимаемой больными, несмотря на отсутствие логически понятных мотивов, чрезвычайно болезненно.

В этом состоянии невротики то обнаруживали агрессивные, в том числе аутоагрессивные намерения, трудно предсказуемые, порою неадекватные породившей их причине, как по силе, так и по направленности, то погружались в пучину ипохондрических переживаний - уходя в болезнь, наличие которой давало им какой-то, впрочем ненадежный, социальный статус, то пытались найти причину своего состояния в посторонних воздействиях, чаще всего имею-

щих ирреальный характер (“сглаз”, “порча”, “враждебное биополе”).

В значительной части случаев чувство страха было связано с различными вегетативными нарушениями, протекающими чаще всего в виде приступов - симпато-адреналовых, ваго-инсулярных и смешанных. На их высоте больные боялись потерять сознание, умереть, сойти с ума.

У большинства больных этой группы страх обнаруживал выраженную тенденцию к генерализации, к переходу от вызвавших их состояний на сопряженные обстоятельства. Они боялись одни оставаться дома, находиться вдали от мест, где бы в случае приступа могли бы получить какую-то помощь, жили в тревожном предчувствии очередного пароксизма, превращая свою жизнь в одно сплошное напряженное ожидание.

Больные с так называемым локализованным страхом были представлены намного реже. Здесь те или иные фобии (чаще всего страх онкологической патологии или, дань времени - СПИДа) сочетались, как правило, депрессивно-ипохондрическими жалобами различной направленности и выраженности.

А. Кэмпински (1975) рассматривал чувство страха, как “кристаллический пункт для иных симптомов”.

Справедливость этого утверждения вполне подтверждается нашими данными, поскольку в подавляющем большинстве случаев страх существовал в различных пропорциях с другими симптомами невротического круга не только влияя, порой весьма значительно на характер клинической картины, но и определяя ее становление.

По сути все, что присутствовало в каждом отдельно взятом клиническом эпизоде: жалобы астенического характера, вегетативные расстройства, ипохондрические переживания, депрессия - было связано с чувством страха. Они то продуцировались им, то, напротив, наполняли страх содержанием, объективизируя его в части случаев за счет тех или иных ощущений, в первую очередь ощущений, связанных с вегетативными расстройствами.

В большинстве случаев, чувство страха не только влияло на характер основных клинических проявлений, драматизируя их за счет значительной эмоциональной насыщенности и двигательного беспокойства, но и удлиняло течение заболевания, делая его затяжным и непредсказуемым.

Особо следует остановиться на роли личности, которая с одной стороны предрасполагает к появлению невротических состояний с выражен-

ным чувством страха, с другой же, так или иначе, деформируется под его воздействием.

В процессе экспериментально психологических исследований (психолог В.Н. Дубина) проведенных в 195 случаях было установлено преобладание акцентуированных личностей (79,2%), в их числе были лабильный (22,4%), сенситивный (12,6%), истероидный (20,5%), психостенический (13,6%), астено-невротический (20,1%) и шизоидный (10,8%) типы.

Для больных в целом был характерен (Розенцвейг-тест) низкий уровень фрустрационной толерантности (40,10%) при норме 64,10% высокий индекс тревоги (методика Тейлора) - психосоциальной, психосоматической.

Часть больных (129 случаев) из-за длительности заболевания, аффективной насыщенности основных клинических проявлений и, не в последнюю очередь, особенностей характера претерпела трансформацию, в процессе которой имел место, по образному выражению В.Бергман (цит. по К. Леонгарду, 1968) переход акцентуированной личности в личность невротическую.

У большинства больных (67,3%) можно было говорить об ипохондрическом варианте невротического развития, при котором чувство страха не исчезая полностью, но теряло свой приоритет за счет астенических, обсессивных, депрессивных и прочих включений.

Чувство страха в чистом виде с его “неизменными атрибутами” унынием, тревожным ожиданием, тоской и т.д. - было отмечено лишь в 17,7%.

Определяя в значительной степени особенности клинической картины и течения невротических расстройств, чувство страха не зависимо от его выраженности и проявлений влияло как на эффективность лечения, так и на прогноз, в силу чего в каждом отдельном случае возникал ряд связанных с ним более или менее серьезных проблем терапевтического, экспертного и социального, в широком смысле слова, характера.

К числу парадоксов современной медицины следует отнести отход большого количества больных, больных неврозами в первую очередь, от традиционных форм лечения к альтернативным вариантам. И дело не в том, что психотерапевтические методы воздействия в совокупности с медикаментозным лечением оказывают в силу целого ряда причин лишь временный, в лучшем случае, эффект, не удовлетворяя больного ни в плане длительности лечения (больной хочет выздороветь немедленно) ни с точки зре-

ния его качества (частые обострения, отсутствие полного выздоровления в значительной части случаев). Настораживает растущая популярность иррациональных, абсурдных по своей сути методов и средств.

Постоянная озабоченность, чувство тревоги, страх относительно каких-то сиюминутных обстоятельств и страх обращенный к будущему, порождая невротические расстройства одновременно обрекают человека на поиски забвения, обеспечивающего возможность ухода, пусть временного, из ситуации.

Это стремление может проявлять себя в форме веры в возможность чудесного выздоровления, особенно в тех случаях, где она маловероятна. Здесь опыт, здравый смысл вступают в противоречие с желанием, почти маниакальным, в части случаев, и больной, не найдя опоры в реалиях, в том числе реалиях медицины, обращает

свой взор к иррациональному. На такую возможность указывал еще А. Камю в своем "Эссе об абсурде", утверждая, что предпосылки иррационального возникают тогда, когда "разум в раздоре с самим собой"

Современная медицина в целом и неврология в частности оказались не готовыми к работе в условиях социально-экономического кризиса ни в количественном (число больных с невротическими расстройствами, нуждающихся в активном лечении, выходит за рамки имеющихся возможностей), ни в качественном (существующая система лечения - амбулаторного и стационарного - не удовлетворяет больных) отношении.

Поиски адекватного выхода из сложившегося положения являются первоочередной задачей здравоохранения, задачей имеющей не только медицинское, но и социальное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Л. Рон Хаббард. Дианетика. Современная наука душевного здоровья. М., 1993
2. Э. Фромм. Иметь или быть. М., 1986.
3. А. Кемпински. Психопатология неврозов. Варшава, 1975.

4. В. Бергман (цит. по К. Леонгард) Акцентуированные личности. К., 1981.
5. А. Камю. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде.- Сумерки богов. М., 1990. С.222-318.

Г.Г. Сонник, В.М. Мільявський

ПОЧУТТЯ СТРАХУ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ

Українська медична стоматологічна академія. Полтава.

Під нашим наглядом було 725 хворих на неврози, клінічна картина яких в тій чи іншій мірі обусловлювалася почуттям страху. В більшості свій страх співіснував в різних пропорціях з іншими симптомами невротичного кола, обусловлюючи, значною мірою, особливості клінічної картини захворювання та його перебігу. Експериментально-психологічне дослідження, яке було проведено у частини хворих, знайшло у більшій кількості випадків наявність значних особистісних девіацій, що на ґрунті низької фрустраційної толерантності сприяли розвитку різних аспектів тривоги-психосоціальної, психосоматичної та психопатологічної. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С.19-21).

G.T.Sonnik, V.M.Mylyavsky

SENSE OF FEAR IN CASES OF NEUROTIC DISORDERS IN A STATE OF SOCIAL-ECONOMIC CRISIS

Ukrainian Medical Stomatological Academy. Poltava

Summary 725 patients with neuroses were under control. Their clinical manifestations was determined by the sense of fear. Mostly the fear was in different proportions with other symptoms of neurotic type determining considerably the peculiarities of clinical manifestations of a disease and its course. Experimental and psychological investigations of a definite part of patients has bound in most cases the presence of expressed personal deviations that promote on the background of a low frustrational tolerance different kinds of anxiety - psycho-social, psycho-somatic, psycho-pathological. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996 - № 1(2). - P. 19-21).

Поступила в редакцію 02.02.96

ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии

Ключевые слова: алкоголизм, психоорганический синдром, эмоции, фрустрация

Алкоголизм - заболевание со сложным полифакторным этиопатогенезом. При этом, взаимосвязанными являются самые разные аспекты жизнедеятельности человека как личности, члена общества, так и организма с его психобиологической индивидуальностью [1, 2, 5, 10].

Противопоставление медико-биологической и социально-психологической моделей алкоголизма должно быть преодолено и заменено более глобальной, интегральной моделью, учитывающая биосоциальный дуализм личности.

Алкоголизм формируется постепенно, в определенном темпе [2, 6], с закономерным поочередным появлением клинических симптомов, изменением уклада жизни, социальной позиции личности в целом.

Морально-этические изменения личности характеризуются социальной дезадаптацией, повышенной конфликтностью, иждивенчеством, попытками поставить себя в положение "жертвы" [5, 6].

По данным литературы известно, что прогрессивное течение алкоголизма приводит к формированию органического психосиндрома и алкогольной деградации личности, которая достигает своего максимального развития в течение III (декомпенсированной) стадии [2].

Первые симптомы наблюдаются уже в начале заболевания и имеют тенденцию приобретать необратимый характер. Описаны психопатологические расстройства в виде изменений морально-этических свойств личности, а также интеллектуально-мнестических функций. К последнему, главным образом, относится ослабление памяти, а именно снижение процессов удержания информации. Нарушения памяти, в определенном смысле, связывают с недостаточностью внимания, его сосредоточения и, особенно, устойчивости.

Мы исходили из того, что психоорганический синдром, характеризуясь триадой критери-

ев [3]: нарушения интеллекта, памяти, эмоционально-аффективной сферы, в то же время, имеет выраженные клинические особенности, во многом определяющиеся этиопатогенезом (12).

Данное исследование было предпринято с целью определения структуры и взаимозависимости основных компонентов психоорганического синдрома в клинической картине у больных алкоголизмом и включало киинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование.

Обследовано 45 больных хроническим алкоголизмом II стадии мужского пола, в возрасте от 21 года до 59 лет (средний возраст составил 38,4 лет). Экспериментально-психологическое исследование проводилось по трем направлениям: 1) для изучения особенностей протекания интеллектуальных функций применялась методика "Выделение существенных признаков", 2) для выявления личностных конфликтных зон и изменений в эмоциональной памяти человека использовался метод Махлах; 3) для исследования типов реагирования больных в ситуации фрустрации применялся тест Розенцвейга [4, 8, 9, 11].

Были получены следующие результаты. По методике выделения существенных признаков максимального количества баллов не набрал ни один больной. Среднее количество набранных баллов составило 3-4 по 9-балльной шкале, что уже само по себе говорит об характерном изменении способности к обобщению у больных хроническим алкоголизмом. Отмечена зависимость успешности выполнения теста от возраста испытуемых.

Так, по 5 баллов набрали больные, средний возраст которых составил 33 года, а 0 баллов - группа больных, средний возраст которых составил 49 лет. Последние, при выполнении задания, чаще оперировали частными, конкретно-ситуативными признаками предметов.

Низкая результативность больных при рабо-

те с данным тестом зависела от изменений в структуре внимания. В частности, наблюдались признаки астенизации, а именно: снижение уровня устойчивости и уменьшения объема внимания. Это выражалось в том, что больные, просматривая предложенные понятия, упускали из виду либо начало, либо конец ряда, что влекло за собой неправильный выбор. Если больным указывали на причину его ошибки, то после повторного, уже полного прочтения ряда, они в большинстве случаев находили правильное решение.

Для изучения особенностей памяти, больным было предложено представить 6 положительных и 6 отрицательных состояний и попеременно вспомнить последнее событие, которое вызвало у них ту или иную эмоцию. У подавляющего большинства (75%) испытуемых, время, необходимое для представления негативных эмоций было меньше, чем время представления позитивных эмоций. Больными это объяснялось фактом их нахождения в данном лечебном учреждении. Однако лишь у 25% испытуемых время отставленности положительных эмоциональных состояний было больше времени отставленности отрицательных эмоциональных состояний. Этот феномен был выявлен Б.В. Зейгарник и В.М.Блейхером и выражался в том, что больные алкоголизмом вытесняют негативные эмоциональные события и пытаются легкомысленно решать сложные жизненные проблемы [8, 9]. Однако явления вытеснения вне состояния опьянения наблюдались при переходе из второй стадии в третью и на протяжении всей последней. Наши результаты показали наличие такого процесса и в начале второй стадии. Это подтверждалось еще и тем, что 25% больных заявили, что никогда не испытывали таких эмоциональных состояний, как горе, страх, но могут их представить.

Существенно, что даже после обсуждения с больными тяжелых моментов их жизни (например: развод, смерть родителей, пребывание в заключении, служба в армии) эти события не ассоциировались с отрицательными эмоциями. В отношении положительных эмоций такого вытеснения не наблюдалось, однако эмоционально положительные состояния никогда не связывались с какими-либо алкогольными переживаниями и всегда вызывались общепринятыми позитивными событиями: рождением ребенка, свадьбой, возвращением из армии или с мест лишения свободы.

С помощью данного теста легко определялись и конфликтогенные зоны у больных. Обыч-

но они фигурировали в качестве основы для 2-4 негативных эмоций и относились к области семейных переживаний.

Для определения эмоционально-аффективных и поведенческих стереотипов у больных в конфликтных ситуациях был использован “Метод рисуночной ассоциации” (тест Розенцвейга) [9]. В процессе тестирования испытуемый сознательно или подсознательно должен был идентифицировать себя с фрустрированным персонажем каждой рисуночной ситуации и ответить за него. Это давало возможность сделать выводы относительно некоторых аспектов адаптации испытуемого к своему социальному окружению. Каждый ответ оценивался с позиций двух критериев: направленности и типа реакции личности. Направленность личности характеризовалась тремя видами реакций. 65% реакций носили характер экстрапунитивных, при которых испытуемые уходили от решения проблемы и вменяли это в обязанность кому-то другому. Второе место заняли импунитивные реакции (25%), которые предопределяли выжидательную позицию испытуемых. И лишь в 10 случаях, больные были готовы принять на себя ответственность за исправление ситуации. Данная последовательность реакций характерна для психически здоровых людей, однако значительное процентное преобладание экстрапунитивных и импунитивных реакций, свидетельствует об утрате активной жизненной позиции, неверии в собственные силы и сужении круга интересов.

К таким же выводам привел анализ типа реакций испытуемых. На первом месте оказались эгозащитные реакции (55%), с помощью которых больные пытались защитить себя, приписав ответственность за фрустрацию другому человеку, и отрицая свое участие. Причем, учитывая преобладание экстрапунитивной направленности, реакции больных часто носили агрессивный, неконструктивный характер. 40% реакций были необходимо-упорствующими, причем больные либо требовали помощи у других людей в разрешении конфликтной ситуации, либо считали, что время и ход событий приведут ее к исправлению.

Только 5% реакций принадлежали к препятственно-доминантному типу, при котором больные вообще отрицали наличие фрустрирующих ситуаций или оставались равнодушными к ним.

Повышенная конфликтность и высокий уровень социальной дезадаптации нашли отражение в показателе УСК (“степень социальной адаптации”). У всех испытуемых этот показатель был снижен (т.е. не достигал 50%) и указывал

на наличие у больных проблем в межличностной интеракции микро- и макроуровня.

Таким образом, полученные результаты указывают на ухудшение наглядно-образного мышления, изменения в структуре внимания и памяти у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом второй стадии.

Вместе с тем преобладающими на этом этапе заболевания являются изменения эмоцио-

нально-аффективной сферы. Они проявляются в виде повышенной конфликтности неконструктивного типа, что можно рассматривать в качестве раннего предиктора прогрессивности алкоголизации. Прогрессивность этих изменений приводит к социальной дезадаптации и, по нашему мнению, является ведущим звеном формирования алкогольной деградации личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. - М.-1966. - 331 с.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей /Под ред.Морозова Г.В.- М. - 1983. - 432 с.
3. Морозов Г.В., Белов В.П., Боброва Н.Н. / Судебная психиатрия. Рук.для врачей.- М.: Медицина. - 1983. - 363 с.
4. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. - М. - 1984. -105 с.
5. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. - М.-1974. - 96с.
6. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. - М.: Наука. - 1988. - 198с.
7. Банщиков В.М., Завьялов В.Ю., Короленко Ц.П. Эмоции и

- воображение. - М. -1975. - 221 с.
8. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. - Ташкент. - 1976. - 325с.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во МГУ. - 1976. - 238 с.
10. Худик В.А. Динамика интеллектуально-мнестических нарушений у больных алкоголизмом. // Ж. неврологии и психиатр. им. Корсакова. - 1983. - 3. - С. 430-435.
11. Анастаси А. Психологическое тестирование / В 2-х кн. - М.: Педагогика.-1982.
12. Walther-Buel H. Die Psychiatrie der Hirngeshulste und cerebralen Grundlangen psychischer Vorgange. - Wien: Springer, 1951. - 226s.

Б.В. Михайлов, В.В. Шалашов, М.П. Юрченко, Г.А.Мусяенко, М.Ю. Немченко, Т.Г. Харіна

ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛІЗМ

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії

Приведена структура клінічних проявів порушень різних психічних функцій та особистісних реакцій у хворих на хронічний алкоголізм. Виділені предиктори несприятливо-прогресивного типу перебігу алкоголізму. Викладені в роботі ґрунтовні зміни психічної сфери повинні враховуватися у організації патогенетично обґрунтованих лікувальних заходів що до хворих на алкоголізм. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С. 22-24).

B.V. Mikhailov, V.V. Shalashov, M.P. Yurchenko, G.A. Musiyenko, M.Yu. Nemchenko, T.G. Kharina

PERSONALITY'S CHANGES IN CHRONIC ALCOHOLISM PATIENTS

Ukrainian SII of clinical and experimental neurology and psychiatry

Structure of clinical manifestations of personality reactions and psychic functions changes had been described. The descriptors of unfavorable-progressive flow of chronic alcoholism had been distinguished. The basic changes of psychical sphere must be taken in account during the organization of pathogenic-oriented treatment chronic alcoholism patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 22-24).

Поступила в редакцию 25.05.96

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

Городская клиническая психиатрическая больница №15. Харьков

Ключевые слова: шизофрения, комплексная терапия, клинико-математическое моделирование

Проблемы, связанные с оптимизацией лечения параноидной шизофрении продолжают оставаться актуальными, так как до сих пор не найдены эффективные способы их решения [6]. Разработка новых методов терапии шизофрении зависит от степени и качества применения системного подхода, не имеющего альтернативы в условиях научного прогнозирования и лечебно-практической деятельности в новой проблемной ситуации, связанной с физико-психофармакологическими методами лечения в комплексной терапии указанных заболеваний [2, 4].

Нами, на основании тщательного анализа динамики клинико-психопатологических, патопсихологических и электрофизиологических результатов с учетом данных специальной литературы, разработан новый метод терапии параноидной шизофрении [3]. Несмотря на огромное количество научных работ в области психофармакологии, еще не выработано единство взглядов на механизм действия психотропных средств. Для выяснения их механизма лечебного действия большое значение имеют изменения под влиянием различных методов лечения метаболизма веществ, обладающих свойствами нейрогомонов и медиаторов, играющих важную роль в церебральной нейродинамике. При шизофрении имеет место нарушение существующих в норме функциональных взаимоотношений между нейро-гуморальными и эндокринными регуляторными системами, наблюдается поломка механизма медиаторной ауторегуляции

функций нервной системы, критерием выбора метода лечения является определение в динамике функциональной активности, резервных и компенсаторных возможностей системы гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников. В настоящей работе предлагается метод лечения параноидной шизофрении, основанный на комбинированном применении нейролептиков и преформированных физических факторов [2, 3].

При проведении клинических исследований неизбежно возникают ситуации, связанные с неоднородностью изучаемого контингента и затрудняющие анализ полученных данных. Получению достоверных результатов способствует проведение системного анализа с помощью цепей Маркова с целью научного прогнозирования и обоснования эффективности комплексной терапии параноидной шизофрении [1, 5].

Изучены контрольная группа больных параноидной шизофренией, пролеченных нейролептиками, и исследуемая группа больных, которым проведено комплексное лечение (пероральное и парентеральное введение галоперидола в комбинации с трансорбитальным электрофорезом галоперидола).

В каждой группе было по 83 разнополюх больных параноидной шизофренией со средней длительностью заболевания от 2 до 15 лет в возрасте от 25 до 65 лет [3].

По степени тяжести больные распределены в обеих группах одинаково, согласно данным статистики. При этом использовалась формула

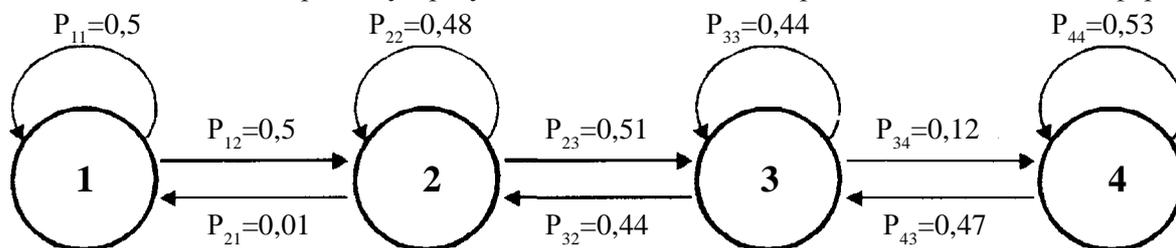


Рис.1. Переходные вероятности для контрольной группы

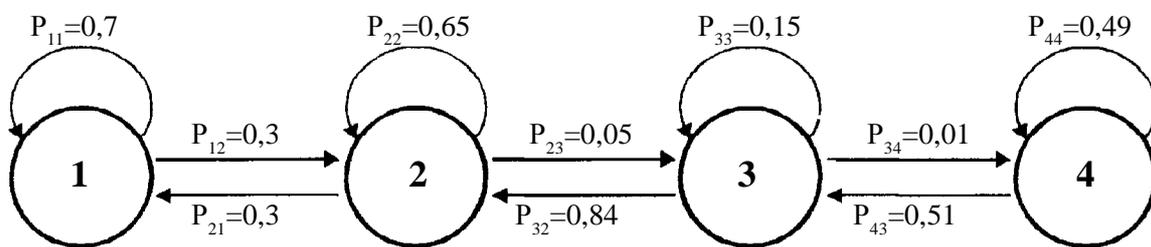


Рис.2. Переходные вероятности для исследуемой группы

$P(i, k)$, где P - вероятность нахождения в том или ином состоянии, i - этап лечения и k - степень тяжести.

$P(i, 1)=0,03$ - легкая степень тяжести;

$P(i, 2)=0,26$ - средняя степень;

$P(i, 3)=0,64$ - тяжелая степень;

$P(i, 4)=0,07$ - крайне тяжелая степень.

Переходные вероятности для контрольной группы указаны на рис.1 и для исследуемой группы больных параноидной шизофренией на

рис.2. Эти вероятности определялись методом имитационного моделирования.

Из рекуррентных уравнений, описывающих цепи Маркова, определяли исходы в каждой из рассматриваемых групп на любом этапе:

$$P(i+1,1) = P11 \cdot P(i,1) + P21 \cdot P(i,2);$$

$$P(i+1,2) = P12 \cdot P(i,1) + P22 \cdot P(i,2) + P32 \cdot P(i,3);$$

$$P(i+1,3) = P33 \cdot P(i,2) + P33 \cdot P(i,3) + P43 \cdot P(i,4);$$

$$P(i+1,4) = P34 \cdot P(i,3) + P44 \cdot P(i,4).$$

Из приведенных таблиц видно, что имеются

Табл. 1

Эффективность лечения в контрольной группе.

Исходы Степень тяжести	При поступлении	После 1-го стац.леч.	После 2-го стац. леч.	После 3-го стац. леч.	После 4-го стац. леч.
Легкая (1)	0,03	0,04 - А,В	0,02 - А,В	0,01 - А,В	0,01 - А,В
Средняя (2)	0,26	0,42 - А,В	0,44 - А,В	0,41 - А,В	0,41 - А,В
Тяжелая (3)	0,64	0,44 - С	0,44 - С	0,47 - С	0,47 - С
Кр.тяжелая (4)	0,07	0,10 - D	0,10 - D	0,11 - D	0,11 - D

Табл. 2

Эффективность лечения в контрольной группе.

Исходы Степень тяжести	При поступлении	После 1-го стац.леч.	После 2-го стац. леч.	После 3-го стац. леч.	После 4-го стац. леч.
Легкая (1)	0,03	0,10 - А,В	0,29 - А,В	0,39 - А,В	0,44 - А,В
Средняя (2)	0,26	0,72 - А,В	0,61 - А,В	0,55 - А,В	0,515 - А,В
Тяжелая (3)	0,64	0,14 - С	0,08 - С	0,05 - С	0,04 - С
Кр.тяжелая (4)	0,07	0,04 - D	0,02 - D	0,01 - D	0,005 - D

Примечание: Типы ремиссий в табл. 1, 2 обозначены соответственно буквами А, В, С и D.

статистически достоверные различия, говорящие в пользу большей эффективности комплексной терапии в исследуемой группе больных параноидной шизофренией, принимавших перорально и парентерально галоперидол в комбинации с трансorbitальным электрофорезом галоперидола. Ремиссии высокого качества (А и В) уже после первого лечения в стационаре в исследуемой группе составили 0,82, а в контрольной группе 0,46 ($p < 0,05$), после четверто-

го лечения в стационаре в исследуемой группе 0,955 и в контрольной группе - 0,42 ($p < 0,05$).

Под влиянием комплексной терапии в исследуемой группе больных параноидной шизофренией наступало быстрое повышение концентрации и локализация ионной формы галоперидола в заинтересованных структурах мозга, сокращался психотический период болезни, улучшалась функция системы гипоталамус - гипофиз кора надпочечников, проявлявшая определенные

коррелятивні зв'язи со степеню терапевтичного ефекта. Ремісії високого качества (типа А и В) супроводжались достовірними сдвигами стероїдного и електролітного обмену в сторону нормалізації. Восстановлювались наявні и підвищались потенціальні резерви кори надпочечників, значительно увеличивались компенсаторні можливості центральних гомеостатических механізмів для преодолення патологічної інертності вегетативно-ендокринних систем, обусловленних шизофреніческим процесом. Это позволяло сокращать сроки лечения за счет підвищення терапевтичного ефекта.

кого ефекта.

Таким образом, широкое внедрение комплексной терапии (психотропные препараты в сочетании и комбинации с преформированными физическими факторами) с позиций системного анализа, включающего клинично-математическое моделирование шизофренического процесса, позволит в каждом конкретном случае определять состояние нейромедиаторных и эндокринных систем, прогнозировать и контролировать эффективность лечебных мероприятий, облегчит поиски новых путей воздействия на сложные патогенетические механизмы психических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кемени Дж., Снелл Дж. Конечные цепи Маркова. М.: Наука, 1970. - 271 с.
2. Лечение психических расстройств различной этиологии: Уч. пособие / Под ред. Н.Е.Бачерикова, П.Т.Петрюка. - Х.: Основа, 1995. 152 с.
3. Петрюк П.Т. Способ комплексной терапии параноидной шизофрении: Заявка на изобретение. Приоритетная справка №

95115031 от 28.XI.95 г. Госпатента Украины.

4. Системный подход и психиатрия / Под общ. ред. П.П.Волкова. Минск: Высшая школа, 1976. - 395 с.

5. Славиц М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях. М.: Медицина, 1989. - 304 с.

6. Шизофрения / Под общ. ред. И.А.Полищука. К.: Здоровая, 1976.- 260 с.

П.Т. Петрюк

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ШИЗОФРЕНІЇ З ПОЗИЦІЙ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

Городська клінічна психіатрична лікарня № 15, м.Харків

Вивчалися контрольна група хворих на параноїдну шизофренію, що лікувались нейролептиками, та досліджуєма, де проводилося комплексне лікування (пероральне та парентеральне введення галоперідолу в комбенації із трансорбітальним електрофорезом галоперідолу). Показана статистично вигоідно більша ефективність комплексної терапії. Під впливом цієї терапії відбувалося швидке підвищення концентрації та локалізації йонної форми галоперідолу у зацікавлених структурах мозку, зменьшувався психотичний період хвороби, покращувалась функція системи гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С. 25-27).

P.T. Petryuk

COMPLEX THERAPY OF SCHIZOPHRENIA FROM THE POSITION OF SYSTEM ATTITUDE

Municipal clinical hospital of psychiatry № 15. Kharkov

Control group of patients with schizophrenia treated with neuroleptics and investigated group of similar patients treated complexly with peroral, parenteral introduction and transorbital ionization of haloperidolum were studied. Statistically probable greater effectiveness of complex therapy is shown. Under the influence of this therapy the concentration and localisation of ionic form of haloperidolum in concerned structures of the brain; the psychotic term of disease diminished; the function of hypophysis-hypothalamus-adrenal system improved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 25-27).

Поступила в редакцію 21.03.96

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА КРИМИНОГЕННУЮ АКТИВНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: общественно опасные действия, психически больные, социально-экономические условия.

В силу своего большого социального значения проблема общественной опасности душевнобольных во все времена привлекала пристальное внимание врачей, общества и государства.

Имеется немало исследований отечественных и зарубежных авторов, данных медицинских статистических служб и Всемирной организации здравоохранения, посвящённых этой теме [2, 8, 10, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 30, 32 и др.], однако, вопрос о критериях опасности и профилактики общественно-опасных действий (ООД) психически больных разработан недостаточно. Не наблюдается тенденции к снижению правонарушений среди указанного контингента лиц [11, 12, 17, 18]. Некоторые авторы связывают это с патоморфозом психических заболеваний [4, 7, 14, 20 и др.], при которых под влиянием многих факторов (социально-экономических, биологических, лекарственных и др.) увеличилось число стёртых форм, депрессивных и психопатоподобных состояний, что создаёт предпосылки для совершения больными общественно опасных действий. Г.В.Морозов (1982) отмечает, что “помимо форм с прогностически благоприятными тенденциями, увеличивается и число тех клинических состояний, которые могут иметь криминогенное значение”.

Среди работ, посвящённых криминогенной активности душевнобольных нет единой точки зрения о причинах, по которым при однотипных нозосиндромальных особенностях одни больные совершают (некоторые повторно и неоднократно) общественно опасные деяния, другие же за весь период заболевания не совершают уголовно наказуемых действий.

Работы отечественных и зарубежных психиатров показали сложную детерминированность криминогенного поведения как клиническими, так и социальными факторами, причём последние нередко выступают в качестве условия такого поведения [9, 21, 25 и др.]. Однако со-

отношение указанных факторов не всеми специалистами понимается одинаково. Ряд зарубежных авторов гиперболизирует значение внешней среды в формировании противоправного поведения психически больных [31, 33]. Указанная точка зрения нашла своё выражение в работах В.А.Внукова (1935), который отрицал возможность сопоставления социально опасных поступков больных с психопатологическими расстройствами и особенностями нозологических форм заболеваний, так как они “всегда социальны, хотя бы и у душевнобольных”.

Другие авторы, напротив, ведущее место в механизмах совершения ООД отводят биологическим факторам, игнорируя социальные [29, 23]. При этом делаются выводы о врождённой повышенной криминогенности лиц с психическими нарушениями, а преступность провозглашается исключительно медицинской проблемой [24, 29, 23, 26]. Существует ещё более категоричное утверждение о том, что психические аномалии являются облигатными признаками преступника и выступают уже не только в качестве условий, но и причинных факторов криминального поведения [13].

К настоящему времени известно, что психические нарушения находятся в сложно опосредованной взаимосвязи с социальными особенностями окружающей больного микросреды [5, 16, 19].

Таким образом, в поисках причин совершения ООД и путей их профилактики осуществлены многочисленные исследования. Показана значимость того или иного фактора риска в общественно опасном поведении душевнобольных. Однако клинические наблюдения показали, что любой из приведенных факторов риска ООД может отмечаться у больных, которые никогда не совершали правонарушений. Это позволило сформулировать положение о том, что “не может быть социально опасных боль-

ных вообще, а может быть социально опасным больной с тем или иным нозологическим диагнозом, когда сочетание его индивидуальных личностных особенностей с определённым синдромом (и его фабулой) в конкретных ситуационных обстоятельствах интегрируются в вектор социальной опасности” [6].

В последние годы в связи с коренными изме-

нениями в социально-экономическом развитии общества в нашей стране появилась возможность на значительном статистическом материале объективизировать значение макро- и микросоциальных факторов в формировании криминогенной активности психически больных и разработки эффективных профилактических мероприятий.

Методы исследования.

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование психически больных, признанных решением судебно-психиатрических экспертных комиссий невменяемыми по отношению к совершённым ими ООД. В качестве периодов, моделирующих различные уровни социально-экономического развития общества избраны 1981-1984 гг. и 1991-1994 гг.

Исследование проводилось на кафедре психиатрии и мед. психологии ДонГМУ, судебно-психиатрических отделениях ОКПБ г.Донецка и г.Славянска. Материалом для анализа послу-

жили отчёты о работе экспертных комиссий за соответствующие периоды времени.

Анализ полученных данных проводился с учётом основных требований, предъявляемых к эпидемиологическим исследованиям (Жариков Н.М., Шумаков В.М., 1981). Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов. При сравнении средних величин использовался метод Стьюдента с определением вероятности различий “р”. Различия принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение.

Материалы исследования показали, что за период с 1981 по 1984 гг. всего прошли судебно-психиатрическое освидетельствование 7141 человек, из них 8,2% были признаны невменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний, за 1991-1994 гг. - 10550 человек и 4,6% соответственно. Результаты распределения изучаемого контингента по нозологическим единицам представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, соотношение удельного веса различных нозологических форм практически не изменилось. Основную часть лиц, признанных невменяемыми, за оба периода составляют больные шизофренией, наименьшую - реактивными психозами. За 1991-1994 гг. отмечается, по сравнению с 1981-1984 гг., некоторое уменьшение удельного веса больных шизофренией, алкогольными психозами и увеличение удельного веса лиц с умственной отсталостью, реактивными и другими психозами. Однако, эти изменения статистически недостоверны ($p > 0,05$).

При анализе характера ООД при различных психических заболеваниях установлено преобладание в рассматриваемых временных периодах имущественных правонарушений и опасных действий против личности. По соответствующим статьям уголовного кодекса за 1991-1994 гг. квалифицировано 67,6% всех деликтов, за 1981-1984 гг. - 64,0%. При этом соотношение

этих двух групп правонарушений на данной территории со временем практически не изменилось. Как видно из таблицы, за 1991-1994 гг. отмечается некоторое увеличение действий против общественной и личной собственности, а также уменьшение деликтов против личности, однако, эти изменения статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Другие виды общественно опасных деяний представлены меньшим количеством наблюдений. Следующее по частоте место занимают хулиганские действия. За 1991-1994 гг. (по сравнению с 1981-1984 гг.) произошло уменьшение данного вида правонарушений на 10,7% ($p < 0,05$). Нарушения паспортного режима и бродяжничество за последний период составляют 13,4%, что в 2,9 раза превышает показатели 1981-1984 гг. ($p < 0,05$). Увеличение данного вида деяний за последние годы, повидимому, связано не только с расторможенностью влечений (М.М.Мальцева, В.П.Котов, 1995), но и социально-экономическим кризисом в стране. Сложившаяся в настоящее время социальная нестабильность не могла не затронуть больных психическими заболеваниями. Бытовая неустроенность, отсутствие достаточных средств к существованию и опеке, безработица и т.д. привели к полной социальной дезадаптации указанной группы лиц и, как следствие, росту нарушений паспортного режима и бродяжничества.

Табл. 1.

Распределение душевнобольных, совершивших общественно опасные действия и признанных невменяемыми, по нозологическим единицам.

Нозологическая форма	Периоды			
	1981-1984гг		1991-1994гг	
	абс.	отн.(%)	абс.	отн.(%)
Психозы	541	92,6	437	89,4
в том числе:				
шизофрения	425	72,8	308	63,0
алкогольные	31	5,3	21	4,3
реактивные	6	1,0	12	2,5
прочие	79	13,5	96	19,6
Умственная отсталость	43	7,4	52	10,6
Всего:	584	100,0	489	100,0

Табл.2.

Распределение больных по нозологическим формам и характеру ООД (%) за 1991-1994 гг.

Нозологическая форма \ Характер ООД	Действия против общественной личной и собственности	Нарушение паспортного режима, бродяжничество	Хулиганство	Сексуальные правонарушения	Правонарушения против личности
Психозы:	32,5 (31,7)	12,8 (4,0)	19,0 (28,8)	2,1 (3,1)	33,6 (32,4)
шизофрения	37,0 (35,1)	14,3 (4,2)	17,7 (27,3)	1,7 (3,4)	29,3 (30,0)
алкогольные	9,5 (8,6)	9,5 (-)	19,1 (41,4)	- (-)	61,9 (50,0)
реактивные	12,5 (16,7)	8,2 (-)	12,5 (33,3)	- (-)	66,8 (50,0)
прочие	22,2 (28,7)	9,1 (3,3)	26,3 (27,9)	4,0 (2,8)	38,4 (37,3)
Умственная отсталость	69,3 (43,4)	1,9 (5,2)	11,5 (7,7)	5,8 (14,8)	11,5 (28,9)
Всего	36,6 (32,0)	13,4 (4,6)	16,5 (27,2)	2,5 (4,2)	31,0 (32,0)

Примечание: в скобках приведены данные за 1981-1984 гг.

Относительно мало число сексуальных правонарушений (2,5%). Хотя число деликтов такого рода и невелико, это опасные деяния, предупреждению которых также необходимо уделять внимание. По сравнению с 1981-1984 гг. ко-

личество их уменьшилось на 1,9%. Это различие не является значимым ($p > 0,05$).

Распределение отдельных видов опасных действий при различных заболеваниях имеет ряд отклонений от рассмотренных общих цифр.

Табл. 3.

Частота правонарушений, совершённых психически больными (невменяемыми).

Нозологическая форма	Частота правонарушений по годам							
	1981	1882	1983	1984	1991	1992	1993	1994
Психозы:	5,4	14,3	14,2	8,5	12,6	11,9	9,3	11,3
шизофрения	3,9	12,0	1,1	6,4	9,4	9,8	6,7	6,2
алкогольные	0,3	0,9	0,7	0,6	-	0,4	0,7	0,9
реактивные	0,04	0,1	0,2	-	0,3	0,2	0,4	0,4
остальные	1,1	1,2	2,1	1,5	2,9	1,5	1,5	3,8
Умственная отсталость	0,5	0,8	0,7	0,6	1,7	0,6	1,3	1,9
Всего	5,9	15,1	14,9	9,1	14,3	12,5	10,6	13,2
			ср. 11,3				ср. 12,7	

Прежде всего это касается наименее многочисленных групп - алкогольных (4,3%), реактивных (2,5%), остальных (19,6%) психозов (исключая шизофрению), а также больных умственной отсталостью (10,6%). Как показали результаты исследования у лиц с алкогольными и реактивными психозами, по сравнению с другими психическими заболеваниями, опасные действия против жизни, здоровья и достоинства занимают наибольшую часть всех деликтов (61,9% и 66,8% соответственно). Давая объяснение этому факту, следует отметить, что данные психозы отличаются остротой течения и обилием выраженной психотической симптоматики, включая различные формы расстроенного сознания. Это нередко приводит к агрессии, что и проявляется в преобладании правонарушений против личности. При этом за 1991-1994 гг. отмечается рост данного вида деяний указанных групп лиц по сравнению с 1981-1984 гг. ($p < 0,05$). У больных другими психозами (исключая шизофрению) ООД, направленные против личности также представлены наибольшим количеством наблюдений (38,4%), что на 1,1% превышает показатели 1981-1984 гг. - различия статистически недостоверны ($p > 0,05$). Структура правонарушений, совершённых больными шизофренией (на них приходится более половины всех общественно опасных деяний) - носит несколько иной характер: более низкий, по сравнению с больными другими психозами, показатель опас-

ных действий против жизни, здоровья личности и более высокий против общественной и личной собственности. Повидимому, это связано не только с клиническим многообразием и вариабельностью позитивных и негативных расстройств, но и влиянием социальных факторов.

Обращает на себя внимание и тот факт, что у больных психозами за последний период увеличилось число нарушений паспортного режима и бродяжничество. Это изменение статистически достоверно ($p < 0,05$). Рост деликтов данного вида происходит в основном за счёт уменьшения хулиганских действий ($p < 0,05$). Однако, вывод о снижении агрессивности указанной группы лиц сделать нельзя, так как за 1991-1994 гг. увеличилось количество ООД против личности, особенно у больных алкогольными и реактивными психозами.

Структура общественно опасных действий больных олигофренией носит иной характер. У данной группы лиц большая часть деликтов приходится на имущественные правонарушения. Другие виды ООД представлены значительно меньшим количеством наблюдений. При этом за последний период отмечается рост деяний против общественной и личной собственности (по сравнению с 1981-1984 гг.) на 25,9%, изменение статистически достоверно ($p < 0,05$). Следует отметить, что увеличение данного вида правонарушений произошло в основном за счёт снижения сексуальных деликтов, а также ООД

против личности - уменьшение является значимым ($p < 0,05$). За последний период у больных олигофренией отмечается также некоторое увеличение хулиганских действий (на 3,8%). Данное изменение статистически недостоверно ($p > 0,05$). Таким образом, за 1991-1994 гг., по сравнению с 1981-1984 гг., агрессивность больных олигофренией уменьшилась. Однако, из этого не следует, что указанный контингент лиц стал менее опасен для общества.

Частота общественно опасных действий душевнобольных представлена в табл.3. Как видно из таблицы за 1991-1994гг. частота ООД, совершённых душевнобольными в целом увеличилась и составляет в среднем 12,7 случаев на 10000 больных психическими заболеваниями. Таким образом, по сравнению с 1981-1984гг. за последний период темп роста и прироста правонарушений

равен 112,4% и 12,4% соответственно. Данное изменение статистически не достоверно ($p > 0,05$). У больных шизофренией и алкогольными психозами табл.3 за 1991- 1994гг. отмечается некоторое уменьшение частоты опасных деяний, темп роста и прироста составили 96,4%, -3,6% и 83,3%, -16,7% соответственно для указанных групп лиц. Однако, полученные изменения не являются значимыми ($p > 0,05$). Статистически достоверное увеличение ($p < 0,05$) частоты общественно опасных действий за последний период отмечается лишь у больных умственной отсталостью (темп роста и прироста составили 200% и 100% соответственно) и реактивными психозами (темп роста и прироста - 300% и 200% соответственно).

Заключение

Полученные данные об изменении характера ООД психически больных за 1991-1994 гг. можно рассматривать с учётом затяжного социально-экономического кризиса, продолжающегося в Украине. Однако, полученные результаты настоящего исследования показали, что глобальное изменение социально-экономических условий в обществе отразилось прежде всего на больных реактивными психозами и олигофренией. Определяющее значение для возникновения первой группы заболеваний играют факторы окружающей среды и адаптационные возможности организма. Учитывая, что “современный человек в Украине живёт в условиях постоянного напряжения, хронического эмоционального стресса, постоянной тревоги, озабоченности и страха” (В.А.Абрамов, 1995), становятся понятными причины роста количества аномальных личностных реакций, представляющих опасность для окружающих.

Данные настоящего исследования показали особое значение социально-дезадаптирующих факторов в генезе противоправного поведения больных олигофренией. Изменение социально-экономического положения в обществе за последние годы (1991-1994 гг.) привело к значительному ухудшению микросоциальных условий (профессиональная и бытовая неустроенность, семейное неблагополучие и т.д.), в которых находятся больные

олигофренией, и как следствие, росту ООД среди данной группы лиц. На остальные группы душевнобольных, совершивших общественно опасные действия, произошедшие в обществе перемены оказали меньшее влияние. Их деструктивное поведение определялось, по-видимому, в большей степени психопатологической симптоматикой, хотя влияние внешних дезадаптирующих факторов также сыграло определённую роль. Это проявилось прежде всего в изменении характера ООД. За последние годы (1991-1994 гг.) отмечается тенденция к росту нарушений паспортного режима и бродяжничества, увеличению агрессивности (правонарушения против личности) некоторых групп психически больных и действий против общественной, личной собственности среди умственно отсталых лиц.

Таким образом, результаты настоящего исследования показали определённое значение макро- и микросоциальных факторов в формировании криминогенной активности психически больных. В то же время многие аспекты взаимосвязи клинических особенностей заболевания и социальных факторов, их роль в формировании ООД указанной группы лиц нуждается в дальнейшем изучении и уточнении.

Литература

1. Абрамов В.А. Стратегия психиатрической помощи населению Украины в условиях социально-экономического кризиса // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1995. - № 1. - С. 12-17.
2. Боброва И.Н., Мохонько А.Р. // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. - М. - 1987. - С. 24-43.
3. Внуков В.А. // Украинский съезд невропатологов и психиатров,

- 1-й: Труды. - Харьков, 1935. - С. 910-911.
4. Джимшелеишвили В.П., Сургуладзе С.А. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. - М. - 1985. - С. 98-102.
5. Ильинский Ю.А., Черняев А.И. // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. - М. - 1981. - С. 3-8.

6. Кондратьев Ф.М. // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. - М. - 1984. - С. 83-93.
7. Кондратьев Ф.В. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. - М. - 1985. - С. 21-29.
8. Кондратьев Ф.М. // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М. - 1986. - С. 16-24.
9. Лунц Д.Р. // Теоритические и организационные вопросы судебной психиатрии. - М. - 1978. - С. 11-18
10. Мальцева М.М. // Автореф. на ... докт. мед. наук. - М. - 1987. - С. 33-37.
11. Мальцева М.М., Котов В.П. // Журнал невропатологии и психиатрии. - М. - Том 91. - Вып. 2. - 1991. - С. 106-109.
12. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М.: Медицина., 1995. - С. 67.
13. Михайлянц А.Г., Миренский Б.А. // Вопросы криминалитической тактики. - Ташкент, 1978. - С. 81-88.
14. Морозов Г.В. // Вопросы психоневрологии. - Баку. - Вып. 9. - 1982. - С. 23-29.
15. Морозов Г.В., Шостакович Б.В. // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. - М. - 1987. - С. 3-24.
16. Наку А.А. // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии. - Кишинёв. - 1987. - С. 55-57.
17. Незнанов Н.Г. // Автореф. на ... докт. мед. наук. - Санкт-Петербург. - 1994. - С. 33-38.
18. Никонов В.П. // Журнал социальной и клинической психиатрии. - М. - Вып. 3. - 1993. - С. 42-46. 33-37.
19. Тальце М.Ф. и др. // Проблемы общей и судебной психиатрии (материалы симпозиума психиатров социалистических стран). - М. -1981. - С.56-64.
20. Хохлов Л.К. // Журнал невропатологии и психиатрии. - М. - Том 77. - Вып. 1. - 1977. - С. 67-72.
21. Шумаков В.М. // Материалы съезда невропатологов, психиатров и нейрохирургов Армении. - Ереван, 1980. - С.443-446.
22. Шумаков В.М., Соколова Е.Д., Свириновский Я.Е., Винокуров А.В. // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М. - 1986. - С. 46-53.
23. Barnard C.J., Behnke J.M., Semell J. // Parasitology. - 1994. - N 108. - Part 5. - P. 487-496.
24. Gibbens T. Le criminologie clinicien son role dexpert et sa contribution actuelle. - Monreal. - 1973. - 36 p.
25. Graig T.J. // Amer. J. Psychiatry. - 1982. - Vol. 138. - N 10. - P. 1262-1266.
26. Heather N. // Britich Medical Journal. - 1994. - N 308. - Vol. 6939. - P. 1254.
27. Paw R.W., Szulecka T.K. // Brit. J. Psychiatry. - 1988. - Vol. 152. - N 1. - P. 91-96.
28. Raine A., Brennan P., Mednick S.A. // Archives of General Psychiatry. - 1994. - Vol. 51. - N 12. - P. 984-988. Reid W. // Amer. J. Psychiatry. - 1978. - Vol. 32. - N 4. - P. 496-509.
29. Rosenbaum A., Hoge S.K. // Amer. J. Psychiatry. - 1989. - Vol. 146. - N 8. - P. 1048-1051.
30. Scott J.P. Sex differences in aggression - Introduction // Aggressive Behavior. - 1994. - N. 20. - Vol. 3. - P. 167-171.
31. Wortis J. // Biol. Psychiat. - 1990. - Vol. 28. - N 7. - P. 555-556.
32. Zeichner A., Allen J.D., Giancola P.R., Lating J.M. // Alcoholism - Clinical and Experimental Research. - 1994. - N. 18. - Vol. 3. - P. 657-663.

Пирков С.Г.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ УМОВ НА КРИМІНОГЕННУ АКТИВНІСТЬ ПСИХІЧНО-ХВОРИХ (КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).

Донецький державний медичний університет

Проведене клініко-епідеміологічне дослідження психічнохворих, що були визнані судово-психіатричними експертними комісіями неосудними у суспільно небезпечних діяч. Як періоди, що моделюють різні рівні соціально-економічного розвитку суспільства вибрані 1981-1984 та 1991-1994 роки.

Результати дослідження показали певне значення макро-та мікросоціальних факторів у формуванні криміногенної активності психічно-хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С. 28-33).

Pyrkov S.G.

THE INFLUENCE OF SOCIAL AND ECONOMICAL CONDITIONS ON CRIMINOGENIC ACTIVITY OF MENTAL PATIENTS (CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY)

Donetsk State Medical University

The clinical and epidemiological study of not responsible for their socially dangerous actions has been conducted. As a models of different levels of society's social and economic development the periods 1981-1984 and 1991-1994 has been chosen.

The resultes of investigation had shown some significanse of macro- and micrososal factors in forming of mental patient' criminogenic activity. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 28-33).

Поступила в редакцію 14.04.96

ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ И ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

УДК: 616.1.4(075.5)+371.121.1+681.3

В.А. Абрамов, В.М. Березов

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОГО ЭКЗАМЕНА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: модель специалиста, тестовые задания, экзамен, педагогика, психологические аспекты, педагогический эксперимент

Нынешний сложный этап развития высшей школы начался свыше десяти лет назад. Обучение специалиста шло в расчете на среднего профессионала, что позволяло практически любому студенту, достигнувшему рубежа старших курсов, рассчитывать на получение диплома. Перепроизводство врачей, их не востребованность стали особенно заметными в последние годы, когда экономика страны вступила в переходный период рыночных отношений. Общество требует от будущего специалиста все больше знаний, умений, а это, в свою очередь, заставляет искать новые подходы и технологии в учебном процессе. Активно разрабатываются психологические основы управления учебной деятельностью в высшей школе [2, 3]. Предметом пристального изучения являются особенности психической деятельности преподавателя и студента в первую очередь познавательные и волевые процессы, поведение в определенных профессиональных ситуациях, групповые и межличностные взаимоотношения. Прикладное значение накапливаемого опыта чрезвычайно велико: он позволяет раскрыть многие сложные проблемы подготовки специалиста новой формации [4, 5].

Среди относительно современных достижений высшей медицинской школы можно отметить разработку модели специалиста различного уровня подготовки на основе системного подхода к обучению (программно-целевой метод). Концептуальная модель предполагает решение двух задач: первая - кого готовить, и вторая - как проверять, насколько субъект (студент) соответствует разработанной норме-эталону [2].

Переход на новые формы контроля осуществлялся поэтапно. Одна из первых попыток получить непредвзятое представление об уровне подготовки выпускников медвузов сводилась к выбору и подготовке заданий тестового типа, на которые предстояло дать ответ в письменном виде. Задания включали в себя вопросы за весь период обучения в институте, что коренным об-

разом отличало их от очередного варианта стандартного переводного экзамена по дисциплине. Подобные контрольные тесты проходили "обкатку" в качестве эталона в нескольких вузах и только для одномоментного "среза" уровня подготовки по одному предмету - внутренние болезни в конце учебного года. На экзамене подобные задания в усовершенствованном виде с письменным ответом начали применяться около 10 лет назад. Наблюдение показывает, что на первом, доэкзаменационном, этапе внедрение новой системы контроля вызывало явное непонимание и неприязнь (неприятие) у преподавателей, что выражалось в обоснованной или необоснованной критике самих заданий, попытке исключить ряд вопросов, не относящихся к курсу внутренней медицины. Одним из возражений фигурировало формальное отсутствие устного общения между преподавателем и студентом, что не давало, по мнению оппонентов, выявить полноту знаний студентов (отсутствие достаточно обширной базы проверочных данных для каждого студента). Совершенствуя задания, мы сочли необходимым привнести новый элемент - выделить существенную операцию, не выполнив которую студент не мог получить положительную оценку. Как известно, важнейшим аспектом профессиональной деятельности врача является диагностика [6]. Диагностические ошибки влекут за собой назначение неправильного лечения. Поэтому в качестве существенной операции предложено задание на постановку диагноза, соответствующего условию задачи. Такой подход нередко негативно воспринимался и преподавателями и студентами, так как заметно снижал показатели уровня подготовки.

Второй этап апробации новой системы контроля знаний состоял в том, что письменный контроль по тестам был внедрен на государственном выпускном экзамене по внутренним болезням. Чтобы смягчить психологическую нагрузку на учащихся, был избран принцип постепенного увеличения и объема проверяемых знаний

и умений, и контингента студентов. Вначале это была треть студентов выпускаемого курса, которые занимались на одной кафедре; через год процент охвата достиг ста. Увеличивалось и количество заданий, на которые должен отвечать студент. Письменный вариант экзамена требовал конструирования ответа, при котором студенту приходилось выражать собственные мысли. Четко прослеживалась боязнь отойти от эталона ответа. Огромная ответственность ложилась на преподавателя, занятого проверкой результатов экзамена, не удавалось полностью избежать элементов субъективизма.

Все это послужило причиной отхода от такого варианта экзамена и было поводом изменений методики контроля. Как выше отмечалось, требования к специалисту претерпели существенные изменения. В связи с этим была создана многоуровневая модель специалиста-выпускника медицинского вуза: врач общего профиля, врач-специалист. Отталкиваясь от подобной модели, был подготовлен эталон-норма (ранее ее практически не было). С ориентиром на эталон подготовлен перечень тех клинических ситуаций, в которых должен разбираться будущий врач. Видоизменены требования к вариантам вопросов и ответы к ним. Было принято решение перейти к выборочным ответам. Это создавало возможность выдержать ряд педагогических и психологических требований. Поскольку государственный экзамен представляет собой контроль завершающий, он должен был давать ответ, насколько уровень подготовки врача соответствовал какому-то эталону (кого готовим: модель врача), как велики колебания в подготовке выпускников, чтобы, в свою очередь, получить обратную связь для коррекции последующего преподавания. Наконец, выборочный вариант ответа уменьшал субъективизм. Теоретический багаж знаний не ограничивался разделом “внутренняя медицина”, а затрагивал общеобразовательные, медико-биологические, смежные дисциплины в их прикладном значении или связи применительно к внутренней патологии. Вопросы к ситуационным задачам, выносимым на экзамен, позволяли проверить универсальность подготовки врача. Подобный подход давал возможность решать важнейшую социально-психологическую и дидактическую проблемы: определялся объект контроля, обобщался опыт. Оценивалась эффективность знаний, умений (в широком смысле слова - уметь диагностировать и лечить) с высокой степенью объективности и стандартизации [1]. Для того, чтобы завершающий контроль был массовым и не занимал много времени, все задания, вопросы к ним и эталоны ответов были введены в компьютер и экзамен проводился одновременно во всей экзаме-

национной группе. Память компьютера позволяла дополнять информацию, отражающую содержание обучения, или менять ее. Документация экзамена хранится неопределенно долго и может быть воспроизведена в любое время. Необходимо отметить, что переход на компьютеризированный экзамен был воспринят и студентами и некоторыми преподавателями неоднозначно. Можно отметить активизацию познавательной деятельности студента. В течение всего цикла изучения предмета явно возросло стремление к изучению тех вопросов, которые выносятся на экзамен, восстанавливаются в памяти знания предыдущих этапов обучения в вузе. Мощным мотивом таких действий студентов было желание успешно и своевременно закончить обучение в институте и получить диплом о высшем образовании. Так как современная модель специалиста - врач общей практики, для всех студентов составлялась первоочередная задача изучения одной из ведущих дисциплин - внутренней патологии. Исчезало неформальное выделение элитных и неэлитных профессий, которыми должен заниматься в последующем врач. Не секрет, что ранняя специализация всегда ведет к появлению однобоких тенденций в образовании в ущерб общей подготовке. Зарубежный опыт показывает, что настоящий специалист может сформироваться спустя 8-11 лет целенаправленной подготовки в вузе и на этапе постдипломной практики [8].

Компьютеризация заставила более эффективно готовиться к проведению занятий и преподавателей, хотя в их среде отмечался негативизм к внедрению такого варианта контроля, в части соотношения фундаментализма и профессионализма в тестовых заданиях. Чтобы уменьшить психологический стресс в процессе компьютеризированного экзамена, студентам предварительно сообщался перечень тех теоретических (включая медико-биологические) и практических вопросов, с которыми они могут встретиться на завершающем контроле. Проводился специальный тренинг на персональных компьютерах, чтобы непосредственно на экзамене не тратилось время на ввод ответа, переключение заданий, их поиск и т.п. Программное обеспечение позволяло студенту на экзамене повторно менять вариант ответа (при появлении такой необходимости). Непосредственно экзаменационное время было оптимально рассчитано с учетом предварительных результатов тренинга и предшествующего варианта безмашинного экзамена. Учитывая индивидуальную реактивность нервной системы или редкие сбои в работе техники, в некоторых случаях позволялось удлинять время экзамена в зависимости от количества уже решенных заданий. Наш опыт сви-

детельствует, что на завершающем этапе (государственный экзамен) такой подход более рационален: спокойная, доброжелательная обстановка смягчает экстремальность ситуации, тревогу и, как результат, снижает количество отрицательных результатов и конфликтов [1].

Выше уже упоминалось о том, что важным мотивационным фактором является завершение обучения в вузе. В качестве иллюстрации следует привести данные о промежуточном применении тестов на зачетах. Компьютерная проверка подготовки студентов после окончания отдельных циклов внутренней медицины на трех последовательных потоках дала такие цифры количества лиц, получивших “неудовлетворительно”: 40%, 27% и 18%. По мере получения достоверной информации менялось отношение к учебной деятельности и студенты более настойчиво стали овладевать знаниями. Трехлетний эксперимент применения тестов выборочного типа (последние 2 года с применением компьютера) также показал положительную тенденцию: если первые 2 года количество лиц, не сдавших государственный экзамен, составляло около 5-5,8%, то последний год их число уменьшилось до 3,6%. Полезно сопоставить “социально-учебный портрет” неудачника экзамена с конкретными успехами на протяжении всех лет обучения. Почти 89% лиц занимались на “удовлетворительно”, имели среднюю оценку в 3,0-3,2 балла, несколько переэкзаменовок. Но если раньше такой “горе-студент”, переступив порог последнего курса института, мог рассчитывать на получение диплома, то с введением компьютера человеческий фактор (подсказки, снисхождение, жалость, ореол “мученика” и т.п.) перестает действовать. Интересно, что неудовлетворительную оценку могли получить лица, имеющие в зачетной книжке оценки “удовлетворительно”, “хорошо” и даже изредка “отлично”. Психологическая установка у таких лиц определяется переоценкой своих знаний с отсутствием стремления к восполнению пробелов в образовании. Некоторые из них не являлись на тренировочные занятия с компьютером, а экзаменационный день был для них первым свиданием с машиной.

Очень показательной была попытка ответить на вопрос, почему оценку “неудовлетворительно” получили несколько студентов, которые на протяжении всех лет обучения на экзаменах не имели оценки ниже “хорошо”. Имея предварительные результаты высокой достоверности разработанной системы завершающего контроля, мы высказали мысль о том, что неудовлетворительный итог экзамена для них не печальная случайность, а некоторая закономерность (срабатывал человеческий фактор, в первую очередь

протекционизм, “телефонное право”). В справедливость такого вывода заставили поверить следующие факты. Повторная передача экзамена на компьютере через год у этих студентов также была неудачной. Но самыми поразительными оказались результаты взаимной самооценки студентами учебных групп, в которых обучались “неудачники”. Все без исключения студенты отнесли на последнее место по уровню профессиональной подготовки своих товарищей, имевших средний балл - 4,5, но дважды не сдавших экзамен!

Обобщая опыт компьютеризированного экзамена, необходимо отметить надежность такого экзамена. Это показывает сопоставление результатов обучения на последнем курсе и общих итогов экзамена: они совпадали в 74% (в 52% только по тесту, а в 30% - результаты тестового экзамена были на 1 балл ниже). Примерно одинаковое число положительных оценок (от 72,4% до 80%) были зафиксированы по различным разделам внутренней медицины на двух последних выпускных сессиях. Подобные итоги говорят о высокой надежности (воспроизводимости) компьютеризированного экзамена и разработанных заданий. Студент, который успешно сдал экзамен, обладает достаточным уровнем знаний, а не усвоил только какой-то минимум, удовлетворяющий будущего терапевта, хирурга или более узкого специалиста.

Интересны некоторые результаты устного анкетирования студентов, успешно выдержавших экзамен. Все они обращали внимание на повышенную тревожность в преддверии будущего весьма жесткого экзамена с применением машинного контроля, в сравнении с которым экзамен по другим дисциплинам выглядел более легким. Отмечалась высокая объективность итоговой оценки и стандартизация опроса (всего контингента курса по всем вопросам) независимо от субъективных ориентаций преподавателя. Подчеркивалась и мотивация (сдавать сложный экзамен), как важный психический фактор, который понуждал к мобилизации психологических ресурсов личности и активной предварительной подготовке и самоподготовке в течение года. Успешная сдача подобного экзамена служила поводом для самоутверждения и реальной самооценки знаний: как правило, лиц, считающих себя неадекватно аттестованными, не было.

В заключение подчеркнем в обобщенном виде те психологические особенности компьютеризированного экзамена, которые заслуживают особого внимания. К ним относятся: объективность при фактически неограниченном контингенте экзаменуемых студентов; предъявление всем одинаковых требований; стандарти-

зация опроса и выведения оценки; сопоставимость знаний студентов разных групп у разных преподавателей; возможность оценки подготовки студента по различным разделам (части единой оценки); возможность обратной связи с учебным процессом на последующих учебных циклах.

Кроме того, важнейшим преимуществом компьютерного тестового экзамена является его потенцирующее влияние на активацию познавательных процессов, волевых качеств студента, на адекватное преодоление трудной (возможно, фрустрирующей) экзаменационной ситуации; формирование устойчивой (задолго до экзамена) мотивации к усвоению знаний и достижению успеха. Немаловажным представляется и повышение интереса к профессиональной деятельности, реализуемое в процессе интенсивного усвоения учебной информации.

Опыт экзамена дает право утверждать, что контрольные тесты не должны совпадать с теми задачами, которые решались в процессе обучения, но основные пункты вопросов в обобщен-

ном виде могут раскрываться по ходу лекций или на практических занятиях, клинических конференциях. Плодотворное развитие идеи компьютеризированного тестового экзамена мыслится на путях широкого внедрения аналогичного промежуточного зачета (зачетов), что позволяет снять стресс психологической нагрузки и лучше управлять учебной деятельностью. Требуется постоянное совершенствование самих тестов и введение заданий на предельный случай (Е.И.Машбиц), когда важно отойти от стандарта решения. И, наконец, предстоит апробация единого компьютеризированного экзамена на звание врача, который может продолжаться не один день. Модель специалиста будущего должна быть динамической.

Приведенная модель компьютерного тестового экзамена успешно внедряется на ряде кафедр Донецкого государственного медицинского университета, в том числе на кафедре внутренних болезней №3 (заведующий - профессор В.М. Березов) и психиатрии (заведующий - профессор В.А. Абрамов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов В.М., Лях Ю.Е., Талаласко О.М., Строкін В.В. Перші підсумки комп'ютеризованого державного спиту // Застосування комп'ютерної техніки в навчальному процесі медичних та фармацевтичних вищих навчальних закладів України: IV-а Республіканська науково-методична конференція. - Київ-Донецьк. - 1994. - С.62-63.
2. Казаков В.М., Талаласко О.М., Гарна М.Г., Каменецкий М.С. Система безперервної медичної освіти. - Донецьк. - 1994. - 172с.
3. Машбиц Е.И. Психологические основы управления учебной деятельностью. - Киев. - 1987. - 224с.
4. Медведев В.И., Завьялова Е.К., Овчинников Б.В., Посохова

- С.Т. Психофизиологический аспект регуляции парного межличностного взаимодействия // Физиология человека. - 1986. - Т.12. - 5. - С. 154-160.
5. Решетова З.А. Психологические основы профессионального обучения. - М. - 1987. - 207с.
6. Роговицин М.С., Урванцев Л.П., Зимовский Б.Ф. Психология в деятельности врача // Клиническая медицина. - 1986. - 5. - С. 133-140.
7. Шорохова Е.В. Психологическая наука в условиях перестройки // Психологический журнал. - 1989. - Т. 10. - 4. - С. 3-18.
8. Pamos M., Moored, the new path way to medical education wored Health organisation. - Jeneva. - 1987. - P. 200-219.

В.А. Абрамов, В.М. Березов

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРИЗОВАНОГО ЕКЗАМЕНУ ПО КЛІНІЧНІЙ ДИСЦИПЛІНІ

Донецький державний медичний університет

Автори висвітлюють психолого-педагогічні особливості комп'ютеризованого екзамену по клінічним дисциплінам. Згідно моделі спеціаліста, розроблено за останні роки, підготовлені тести виборочного типу, що дозволяють використовувати їх для завершального контролю якості спеціаліста. Виділені педагогічні та психологічні аспекти екзамену: мотиваційні посилки, стандартизація та об'єктивізація опитування при масовому контролі, стосунки між студентами та викладачем інше. Висока надійність екзамену доказана підсумками трьох-річного експерименту. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С. 34-37).

V.A. Abramov, V.M. Beryezov

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF THE COMPUTED EXAMINATION IN CLINICAL DISCIPLINES.

Donetsk State Medical University

Psychopedagogic specifics of the computed examination in clinical training programs are considered. According to the specialists training model developed by the faculty members at the Medical University of Donetsk the multiple - choice test have been constructed for the final assessment of the clinical and academic competence of medical trainees motivation factors, the standardization and the promotion of objective evaluation of the specialists achievement with large body of examinees, the teacher - student relationship, along with other psychopedagogic variables of the examination are ascertained.

Significantly high reliability of the examination is evidenced by the beneficial results obtained throughout the experimental study over a three - year period. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 34-37).

Поступила в редакцію 24.04.96

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК РАЗДЕЛ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Харьковский институт усовершенствования врачей

Ключевые слова: изобретения, психиатрия, наркология, врачи, обучение, творчество

Данные специальной литературы и повседневная педагогическая практика свидетельствуют о том, что среди многочисленных факторов, оказывающих позитивное воздействие на итоговую результативность системы постдипломной подготовки врачей, значительный удельный вес занимает степень адаптации учебных программ к современной быстро обновляющейся информационной ситуации [1, 9, 11]. При этом в учебном процессе клинические кафедры института усовершенствования врачей, наряду с достижениями мировой медицинской науки и практики, должны получить отражение результаты научных исследований кафедры, где осуществляется обучение [2, 7]. Установлено, что до 70% новой информации, полученной врачами на циклах специализации и усовершенствования, используется в дальнейшем для внедрения в практику здравоохранения [8].

Одним из малоразработанных, сложных и трудоемких аспектов проблемы новизны, а следовательно, и профессиональной значимости информации постдипломного медицинского образования, является адекватное обновление учебных программ и организация учебного процесса, базирующихся на конкретных результатах целенаправленной творческой деятельности профессорско-преподавательского коллектива, также на адаптации учебных программ к новым задачам здравоохранения в условиях социальных перемен [11].

Настоящая работа касается 15-летнего изобретательского и рационализаторского опыта кафедры наркологии Харьковского института усовершенствования врачей: 23 изобретения, 1 патент, 52 рационализаторских предложения, т.е. такой объем новой информации (новые методы лечения и диагностики наркологических заболеваний), который позволил организацию специализированных циклов тематического усовершенствования для психиатров-наркологов. В за-

дачи циклов, кроме освоения новых методов лечения и диагностики, была включена также реализация педагогических приемов и навыков по активизации творческих возможностей слушателей и приобщению их к изобретательской деятельности.

Наркология, относительно недавно отпочковавшаяся в самостоятельную клиническую и научную дисциплину, “пришла из старой психиатрии” [10] с множеством тяжелых, нерешенных и усугубляющихся в настоящее время проблем, которые в обобщенном виде можно сформулировать следующим образом: катастрофический рост и “омоложение” алкоголизма, наркоманий и токсикоманий среди всех слоев населения; нераспознанность патогенетических звеньев формирования зависимости от психоактивных веществ; недостаточная изученность динамики течения, клинического патоморфоза и объективных маркеров диагностики; отсутствие радикальных средств и методов лечения, а также профилактики; огромные медико-социальные последствия наркологических заболеваний; слабая материально-техническая база наркологической службы; высокая потребность в специализации врачей, пришедших в наркологию из других специальностей.

Из приведенного перечня мы избрали в качестве научного направления кафедры наркологии, определившего затем и тематику изобретательской деятельности, практически неразработанную проблему: поиск новых немедикаментозных методов лечения алкоголизма, наркоманий, токсикоманий.

В результате проведенных исследований разработан комплекс новых немедикаментозных методов лечения в наркологии, даны концептуальная их трактовка и рекомендации по дифференцированному их применению [4, 5]. Научно обоснован и использован в наркологической практике лечебный эффект неглубоких управля-

емых режимов краниocereбральной гипотермии, не требующих премедикации и анестезиологического обеспечения. Установлены выраженный антигипоксический и детоксикационный эффекты, а также специфическое купирующее влияние локальной экстракраниальной гипотермии на патологическое влечение к алкоголю. Впервые проведено исследование больных алкоголизмом методом внутриклеточного микроэлектрофореза, позволившее установить нарушение биоэлектрической активности клеточных ядер. На основании анализа данного феномена предложена концепция патогенетического звена повреждающего действия этанола на клеточном, субклеточном и генетическом (РНК, ДНК) уровнях, разработан способ диагностики алкоголизма. Установлено отсутствие прямой зависимости формирования и тяжести алкогольного абстинентного синдрома от скорости элиминации этанола из организма. Разработан модифицированный вариант гемосорбционной детоксикации, адаптированный для условий стационарной и амбулаторной наркологической практики (“малая гемосорбция”). В эксперименте обоснован и в клинике испытан новый вариант энтеросорбционной детоксикации, результаты исследований послужили основанием для разрешения клинического применения в наркологии гемосорбента СКНМ в качестве энтеросорбента.

Разработан акупунктурный способ лечения алкогольной полиневропатии. С учетом специфики контингента адаптированы неперфоративные варианты рефлексотерапии (дарсанвальной, лазерной, криоэкстремальной и др.). Составлен и опубликован первый систематизированный каталог точек акупунктуры, рекомендуемых для целенаправленного использования в наркологической практике. Установлен отрезвляющий экспресс-эффект методов краниocereбральной гипотермии и гипербаротерапии. Разработаны клиничко-патофизиологические предикторы эффективности краниocereбральной гипотермии и гипербарической оксигенации, создан алгоритм математического прогноза эффективности. Для автоматизации работы с прогностическим алгоритмом создана программа для ЭВМ типа ЕС.

Впервые в наркологии использованы методы ультрафиолетовой и лазерной (“квантовой”) аутогемотерапии (внутрисосудистой, паравазальной, трансдермальной), вакуумно-ультрафиолетовой терапии и экстракраниальной гипотермии. Установлена новая сфера лечебного применения гипотермогенератора ПГВ-02. Разработаны модифицированные варианты трансцеребрального электрофореза для цепей неотложной

наркологии, электросон-электрофорез пирроксана, лазерофорез, микроволновая резонансная терапия и внутрисосудистое лазерное паравазальное и трансдермальное облучение крови. Все разработанные методы защищены авторскими свидетельствами или являются рацпредложениями, получили широкое распространение в практике наркологических учреждений Украины. Материалы выполненной научно-исследовательской работы легли в основу разработки учебной программы и организации самостоятельных циклов последипломного тематического усовершенствования “Немедикаментозные методы лечения в наркологии” (продолжительностью 1,5 месяца) и “Рефлексотерапия в наркологии” (2,5 месяца), “Неотложная наркология” (1 месяц), “Эфферентная терапия в наркологии” (1,5 мес.). Учебные планы и программы данных циклов, а также организация учебного процесса, построены так, что врач, осваивая конкретные немедикаментозные методы лечения в наркологии, прослеживает все этапы кафедрального творческого процесса: от выбора темы изобретения, формулировки задачи, цели и идеи их решения, выбора прототипа и аналога до получения авторского свидетельства. Параллельно осуществляется знакомство с методиками индивидуального и коллективного творчества (“индивидуальная генерация идей”, методы “малых групп” и “мозговых атак”), основами решения изобретательских задач, изучаются подходы к определению новизны и полезности предлагаемого изобретения, даются основы составления его описания и составление формулы, порядок оформления авторской заявки. Расшифровывается градация возможных результатов творчества: рационализаторское предложение (новизна в пределах учреждения + полезность); изобретение (новизна мировая + полезность); открытие (установление неизвестных ранее явлений, закономерностей). В процессе реализации учебной программы циклов тематического усовершенствования преодолеваются имеющиеся у большинства врачей элементы психологической инерции в отношении возможности и реальности найти новое в наркологии, сделать изобретение, стать изобретателем. На конкретных примерах показывается возможная простота выбора темы изобретения, доступность понятия “мировой новизны”, экономический и моральный эффект от внедрения изобретения. Слушателям доказывается, что наркология, как и многие другие клинические специальности, не располагает абсолютно совершенными методами лечения, каждый из них может быть, при творческом профессиональном подходе, усовершенствован, в т.ч. и на уровне изобретения и рационализатор-

ского предложения.

В учебном процессе на кафедре наркологии из лекционного материала, практических и семинарских занятий слушатели получают представление о нерешенных наркологических проблемах, перечисляются сферы нашей специальности, где творческая деятельность, применительно к условиям и специфике работы психиатра-нарколога, может оказаться доступной и позитивной, т.е. по сути предлагаются и обсуждаются со слушателями общие и конкретные идеи, направления изобретательской деятельности. К примеру, мы подробно обосновываем целесообразность научно-практического поиска и изобретательской деятельности по теме дифференцированного использования немедикаментозных методов лечения алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, т.е. аспекта наркологии, получившего за последнее десятилетие статус самостоятельного терапевтического раздела.

Формирование убежденности слушателей в правильности и корректности таких рекомендаций осуществляется исходя из последних данных литературы и очевидных клинических фактов. Так, известно, что традиционные схемы лечения наркологических заболеваний, включают многоэтапное и длительное использование массивной лекарственной терапии. Среди множества препаратов, назначаемых данному контингенту больных, все еще мало таких, которые мишенью своего действия имели бы известные патогенетические звенья заболевания. Чаще это симптоматические средства. Имеет место клинический патоморфоз наркологической патологии с тенденцией к более тяжелому течению, терапевтической (фармакологической) резистентности, быстрой хронизации. Как следствие этого наблюдается увеличение числа больных с финальными стадиями наркологических заболеваний с тяжелыми соматическими последствиями хронической интоксикации, являющимися противопоказанием к применению методов лекарственного лечения. Медикаментозная терапия, используемая на всех этапах заболеваний, все чаще становится источником аллергизации организма больного, серьезных осложнений, в том числе и угрожаемых жизни. Ограничительными моментами для проведения медикаментозного лечения в практике психиатра-нарколога являются также привыкание к лекарственным препаратам с формированием зависимости от них, возрастной фактор, индивидуальная непереносимость, нежелание больного принимать медикаменты и т.д. Кроме того, в процессе медикаментозного лечения никогда нет гарантии, что у больного не возникнет рецидив интоксикации. Взаимодействие в организме больных

алкоголя, наркотиков, других токсических веществ с лекарственными препаратами, например, тетурамом, транквилизаторами или нейролептиками, - тоже одна из причин осложнений фармакотерапии.

Для решения проблем, связанных с клиникой, лечением и профилактикой побочных эффектов и осложнений медикаментозной терапии в наркологической клинике предлагаются различные варианты: углубление знаний о фармакокинетике, биотрансформации и совместимости медикаментов, уточнение патофизиологических и клинических предпосылок фармакотерапии, снижение доз препаратов, периодическая их отмена или смена у лиц с признаками предрасположенности к лекарственной зависимости, разработка так называемых полиформенных препаратов с различными способами введения, что, как установлено, предотвращает или тормозит привыкание к фармакопрепаратам. Популярным в наркологии становится чередование медикаментозной терапии с использованием плацебо, фитотерапии, а также внедрение новых организационных форм специализированной медицинской помощи, повышающих качество и эффективность лечебного процесса, применение системы реабилитационных программ, включающих нелекарственные этапы, и т.д. Детальное изложение данной информации с демонстрацией конкретных клинических случаев побочных эффектов и осложнений фармакотерапии убеждает слушателя в необходимости целенаправленного поиска и внедрения таких новых, более действенных и щадящих способов лечебного влияния на больных наркологического профиля, которые позволяли бы исключать или ограничивать применение массивной лекарственной терапии, рационально чередовать их с медикаментозными методами, повышать эффективность лечения при включении их в комплекс терапевтических мероприятий. В этой связи древнее изречение "Medical mente non medicamentis" ("Лечи умом, а не медикаментами"), не устарело и в наши дни.

С учетом уже разработанного комплекса немедикаментозных методов лечения наркологических заболеваний и выделением соответствующего самостоятельного терапевтического раздела наркологии, все средства и методы немедикаментозной терапии можно рубрифицировать на: а) биофизические; б) психотерапевтические; в) немедицинские (социотерапевтические); г) фитотерапевтические; д) гомеопатические.

Немедикаментозные биофизические методы лечения базируются на использовании патогенетических и саногенетических эффектов раз-

личных искусственных и естественных биофизических факторов (криогенных, УФЛ, лазерных, ультразвуковых, электромагнитных, кислорода и т.д.). А поскольку данное направление в целом оказалось в наркологии новым, открылись неограниченные возможности научно-практических разработок на уровне изобретений.

В психиатрии известен способ лечения психозов, в частности, тяжелых форм белой горячки с начинающимся гипоксическим отеком-набуханием головного мозга, который предусматривает применение холода: краниocereбральная гипотермия с использованием таких режимов, которые обладают протекторным (в отношении гипоксического поражения церебральных структур) свойством. При охлаждении мозга до средних и глубоких режимов потребность его в кислороде значительно снижается ввиду замедления под криогенным воздействием скорости метаболических процессов [7].

Разработка и усовершенствования криогенных методов лечения на кафедре наркологии завершилась тремя изобретениями и двумя рацпредложениями. Наш “Способ купирования алкогольного абстинентного синдрома” (А.с. №1123712, в соавторстве с М.К. Филатовым, Г.А.Бабийчуком, Н.С.Пушкарем) заключается в том, что с лечебной целью используется тот же биофизический фактор- холодовое транс-краниальное воздействие, но щадящих поверхностных (начальных) режимов, при которых в условиях отсутствия медикаментозной нейровегетативной блокады (в данном случае она не требуется) срабатывают физиологические генерализованные термоадаптационные механизмы (терморегуляционный мышечный тонус, папилomotorная реакция, несократительный термогенез, холодовой тремор, холодовой озноб). Установлено, что при этом в организме увеличивается потребление кислорода (в среднем на 87%), повышается теплопродукция (на 25- 45%), усиливается и стабилизируется общая и церебральная гемодинамика, резко (в десятки раз) катализируются метаболические процессы, устраняется гипоксическое состояние. В связи с этим, предложенный метод поверхностной управляемой краниocereбральной гипотермии, сопоставленный по механизмам своего лечебного действия с особенностями нарушения гомеостатических параметров у больных алкоголизмом, оказался весьма эффективным также при безмедикаментозном купировании острой алкогольной интоксикации, подавлении влечения к алкоголю.

Следующее наше изобретение явилось развитием первого: “Способ прогнозирования эффективности купирования алкогольного абстинентного синдрома поверхностной гипотерми-

ей мозга” (А.с.№1556660 соавт. А.Н.Зосимов). Третье изобретение в области криогенной терапии было получено на основе нашей идеи о возможности купирования острой симптоматики патологического влечения к алкоголю путем локального воздействия ультранизкой температурой (минус 170С). Данный способ (А.с. №1782583, соавт. Ю.Г.Василевский), включающего воздействие на корпоральные точки акупунктуры, отличается тем, что воздействие осуществляется жидким азотом (аппаратом КД-3) на точки общего действия и дезинтоксикационные точки в течение одной-двух секунд и дозированной степени прессорного контакта (контролируется по шкале аппарата).

Изучая литературу, касающуюся методов лечебного воздействия на температурный гомеостаз, сопоставляя его с клиническим опытом фармакологической терапии (сульфозин, пирогенал), мы убедились, что такие же генерализованные ответные реакции, как на поверхностную гипотермию, может дать и биофизическая гипертермия. На этой информации нами была построена и реализована идея о лечебном использовании поверхностной дискретной краниocereбральной гипертермии с целью купирования абстинентной симптоматики алкогольного генеза (А.с. №1370847, соавт. Я.Л.Гуревич, С.Г.Ломакин).

Конкретную возможность находки новизны при использовании в наркологии давно известного медицине немедикаментозного метода мы показываем слушателям на примере наших патента, двух изобретений и ряда рацпредложений, базирующихся на использовании кислородотерапии: Патент №КО45227 1995 г. на “Способ прогнозирования эффективности лечения острой алкогольной интоксикации” (соавт. А.С.Волков, А.Н.Зосимов, Я.Л.Гуревич); изобретение “Способ лечения острой алкогольной интоксикации” (А.с. №1296157) и второе изобретение - также “Способ лечения острой алкогольной интоксикации (А.с. №1747069).

Однако наибольшую результативность в отношении новизны мы получили при реализации идей о возможности разработки немедикаментозных методов лечения в наркологии, в частности, детоксикационных, с использованием экстракорпорального и интравазального воздействия на кровь биофизическими факторами (УФЛ, лучи лазера, гемосорбент), а также их альтернативные неинвазивные модификации: А.с. №1135476 (соавт. О.С.Слабунов, А.В.Береснев, Ю.Г.Беспалов); А.с. №1186221 (соавт. В.М.Пострелко, В.Г.Николаев); А.с. №1202587 (соавт. С.Г.Ломакин, О.С.Слабунов); А.с. №1474915 (соавт. В.М.Пострелко, В.Г.Никола-

ев, В.Г.Зильберблат); А.с.№1503089 (соавт. акад. НАН Украины В.В.Стрелко, проф. Н.Т. Картель, Ю.Г.Беспалов); А.с. №1405842 (соавт. проф. А.В.Береснев); А.с. №1659050 (соавт. проф.В.С. Крутько, Я.Л.Гуревич); А.с.№1437028 (соавт. Я.Л.Гуревич, А.С.Волков).

Среди предложенного детоксикационного комплекса наибольшей популярностью среди слушателей психиатров-наркологов пользуются метод “малой гемосорбции”, квантовая (УФЛ) аутогемотерапия, вакуумно-квантовая терапия, энтеросорбционная детоксикация. На основе УФ-аутогемотерапии разработан “Способ лечения депрессий алкогольного генеза” (соавт. Д.В.Сайков).

Простота и доступность малой гемосорбции, являющейся мини-системой перфузии малых объемов крови, заключается в том, что для ее воспроизведения не требуется сложная гемосорбционная аппаратура, условия операционной и хирургическая бригада, а необходимы лишь известные приспособления: системы разового забора и переливания крови, гемосорбент, щелевой фильтр-насадка, флаконы (0,5л), физиологический раствор, антикоагулянт, штатив; способ подключения пациента к мини-системе - пункционный. Метод квантовой аутогемотерапии также прост и реализуется с использованием портативного аппарата БОП-4 со специальной приставкой для забора, УФЛ-облучения и немедленной реинфузии аутокрови пациента. Метод энтеросорбционной детоксикации заключается в пероральном введении специальных энтеросорбентов.

Учебный процесс на кафедре предусматривает также демонстрацию слушателям возможности получения изобретений в порядке незапатентованных, “случайных” находок.

Так, изучая у больных алкоголизмом состояние биоэлектрической активности клеточных ядер, мы установили, что общей тенденцией и закономерностью при данном заболевании является значительное уменьшение количества подвижных в электрическом поле ядер (“изоэлектрический эффект”).

Наиболее значимые нарушения электрокинетических свойств ядер были зафиксированы у больных в период выраженных клинических проявлений алкогольного абстинентного синдрома. По мере купирования абстинентных расстройств кинетические свойства ядер частично восстанавливались. В состоянии длительной терапевтической ремиссии уровень подвижности ядер остается ниже нормы в среднем на 32,5%. В период острой алкогольной интоксикации у больных данный гомеостатический параметр восстанавливался до нормы, а в контрольной

группе здоровых острая алкогольная интоксикация подвижность ядер подавляла. При повторном обследовании, проводившемся на следующий день, когда алкогольное опьянение у здоровых не наблюдалось, а у больных имел место абстинентный синдром, обнаружилось резкое снижение подвижности ядер (на 80-90% ниже нормы) у больных и восстановление нормальной, соответствующей возрасту подвижности ядер, у здоровых. Полученные данные легли в основу изобретения “Способ диагностики алкоголизма” (А.с.№1242124 соавт. проф. В.Г.Шабазов, Л.А.Атраментова, Т.Б.Згонникова). Установленные нами нарушения биоэлектрической активности клеточных ядер и при других интоксикациях дали возможность получения другого изобретения “Способ диагностики интоксикации организма” (А.с. №1425541).

Оказалось, что в наркологии представляется возможным найти новизну, творчески используя такие старые науки и широко известные методы лечения, как иглорефлексотерапия, физиотерапия, психотерапия.

Было получено (соавт. Г.Н. Мысько) авторское свидетельство (“Способ лечения алкогольной полиневропатии”), суть которого в использовании двухэтапной схемы иглоукалывания по динамичной акупунктурной рецептуре. В отличие от ранее предложенных вариантов иглотерапии полиневропатии, наш вариант исключал воздействие на первом этапе лечения на т.н. локальные (т.е. находящиеся в зоне поражения) точки. Эти точки по нашей идее используются лишь на втором этапе, т.е. когда в результате опосредованного акупунктурного эффекта первого этапа наступает относительное восстановление ряда функциональных параметров данных точек.

Казалось бы, что нового можно предложить, используя в наркологии трансцеребральный электрофорез по Бургиньону, или какой новизной наркология может пополнить психотерапию. Оказалось, что значительно повысить эффективность трансорбитального электрофореза при лечении больных алкоголизмом возможно, если учитывать имеющиеся межполушарные асимметрии и локализационную приуроченность церебральных функций: с правой и левой орбит подвергать электрофорезу два разных лекарства (например, сернокислая магнезия и сернокислый атропин). Полученная эффективная модификация зарегистрирована на государственном уровне как изобретение (А.с. №1299590, соавт. доц. В.И.Сема). Как известно, такой терапевтический подход предложил и проф. А.П.Чуприков, но на базе асимметричной фотостимуляции зрительного анализатора. Из-

вестное свойство жидких кристаллов менять свой цвет в зависимости от окружающей температуры использовано нами в изобретении “Способ определения гипнабельности” (А.с. №1451262).

Учебный процесс на кафедре, ориентированный на активацию творческой индивидуальной и коллективной изобретательской деятельности оснащен стендом изобретений, слайдами, каталогом специальной литературы, имеется подготовленный патентовед. Практические занятия проводятся в многочисленных “тематических кабинетах” (“гипербарической оксигенации”; “краниocereбральной гипотермии”; микроволновой резонансной терапии”; “иглотерапии”; биоадаптивного регулирования” и т.д.). Учебными пособиями по разработанным методам лечения и тематике изобретений являются 4 монографии, 2 учебных пособия, многочисленные методические рекомендации и информационные письма [5], а также специальная литература по изобретательству [3].

Вместе с тем на учебных циклах слушатели получают не только общие представления о “технологических аспектах” поиска новых методов лечения с трансформацией результатов в заявочный материал, но и о тех трудностях и проблемах, которые возникают при разрешении творческих задач на всех этапах - от идеи до получения авторского свидетельства или патента.

Как свидетельствует накопленный опыт, самой существенной среди этих проблем является достижение оригинальности и полезности способа, обоснование критерия его мировой новизны. В поисках аналогов и прототипов не всегда, к сожалению, удается осуществить качественный патентный поиск, т.к. в данном случае практически всегда речь идет лишь о “доступной нам литературе”, т.е. неполном доступе к “мировой информационной системе”. Отсюда и немалый процент случайностей в достижении изобретения, т.е. результатом затраченного огромного, нередко многолетнего, труда оказывается: “это уже было”, “это уже кто-то в другой стране изобрел”. Примерно треть, а в отдельные годы половина наших заявок на изобретения по данной причине оказывались “отказными”.

Второй проблемой, преследующей изобретательскую деятельность, является доказательство преимуществ и достижения большего клинического эффекта (например, “сокращение сроков лечения) в предлагаемом способе по сравнению с известными, описанными в литературе. Так, разрабатывая и предлагая очередной способ купирования алкогольного абстинентного синдрома, необходимо было добиваться, что-

бы он был эффективнее предыдущего.

Нередко непреодолимым препятствием для успешного прохождения “по этапам” заявки на изобретение является поспешность в публикации фабулы, раскрывающей суть идеи.

Несмотря на то, что каждое из приведенных изобретений доведено до стадии внедрения в практику и они реально работают во всех областях Украины и странах СНГ, затраченные усилия оказались “на общественных началах”, “на энтузиазме”, “на престижности”, “приоритетности автора и государства”, т.е. без материального подкрепления. Практически не действует до настоящего времени система защиты авторских прав.

Трудно перечислить все препятствия, встающие на пути к изобретению, тем более, что среди них множество далеких от интеллектуального труда. Это и отсутствие технических условий и возможностей воплощения хорошей идеи, и различные бюрократические барьеры, и отдельные случаи необоснованных отказов эксперта, повлекшие многолетнюю (4-5 лет) переписку с последующими вызовами на заседания экспертного совета патентной экспертизы, и, наконец, запоздалым положительным решением, и т.д.

Опыт показывает, что клинические задачи на уровне изобретений легче решать не в одиночку. Изобретения кафедры наркологии Харьковского института усовершенствования врачей приоритетны для нас в постановке идей, банк которых несоразмерен с техническими возможностями оперативного завершения и доведения их всех до стадии изобретений и патентов. Однако их целенаправленная и быстрая реализация, особенно, что касается технических проблем, была бы значительно эффективней при более широком содружестве с коллегами смежных кафедр, институтов, т.е. с использованием огромного научного потенциала города Харькова и Украины в целом. Определенный “опыт не повторения ошибок” должен накапливаться за счет систематического анализа “отказных заявок”, составляющих в итоге ценную информацию.

В качестве заключения приводим доказательство эффективности ориентации учебного процесса на изобретательское творчество. Наш слушатель, врач - психиатр-нарколог В.А. Нелипа, после окончания цикла не только внедрил, но и усовершенствовал изобретение кафедры, касающееся квантовой аутогемотерапии, изменив конструкцию колбы с целью повышения степени облучения крови УФЛ. Его “Устройство для облучения жидкости ультрафиолетовыми лучами” зарегистрировано как изобретение (А.с. №1576721). Затем, на основе наших двух изоб-

ретений, объединив процесс гемосорбции и квантовой гемотерапии, модифицировал другие методы, получил еще два авторских свидетельства, изобретательскую деятельность продолжает. Внес творческий вклад и является соавтором одного из наших изобретений психиатр-нарколог из Луганской области Л.И. Пандаевский. Реализовали приобретенные творческие навыки психиатры из Донецкой области А.Ф. Борцов, В.Н.Барцевич. Три изобретения в области наркологии "с нашей подачи" принадлежат врачам В.М. Пострелко и Г.М. Зильберблату из Киева и т.д.

Представляется важным, что практически все диссертационные работы, в т.ч. и практических врачей, выполненные на кафедре, завершаются

изобретениями. Возможности изобретательской деятельности в Харьковском институте усовершенствования врачей, а также целесообразность внесения соответствующих коррективов в учебные программы и новой ориентации акцентов преподавания на многих кафедрах, в настоящее время значительно возросли, во-первых, в связи с созданием структурного подразделения - патентно-лицензионного отдела, возглавляемого опытным специалистом, во-вторых, возможностью использования накопленного результативного опыта и огромной изобретательской продукции института, в целом, и ряда опорных по уровню творчества кафедр (травматологии и вертебрологии, проф. Н.И. Хвисюк; терапевтической стоматологии, проф. В.А. Никитин и др.).

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гречанина Е.Я. Постдипломная подготовка врачей по клинической генетике // Учебно-методична конференція, присвячена 70-річчю Харківського інституту удосконалення лікарів. 8-9 червня, м.Харків, Суми, 1993.- с.26.
2. Лукшина Р.Г., Холтобина Л.В. Конференція по обмену опытом как форма активного обучения врачей и метод внедрения в практику результатов научной работы кафедры медицинской паразитологии // Учебно-медична конференція, присвячена 70-річчю Харківського інституту удосконалення лікарів. 8-9 червня, м.Харків, Суми, 1993, с. 26.
3. Петрович Н.Т., Цуриков Ё.М. Путь к изобретению. М.: 1986, 222с.
4. Сосин И.К. Обоснование и дифференцированное применение немедикаментозных методов в комплексном лечении алкоголизма. Автореф. докт. диссертации. М., 1988, - 41 с.
5. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. К.: "Здоровая", 1986,- 152с.
6. Таранская А.Д., Калиниченко А.Г., Бачериков А.Н. Краниocereбральная гипотермия в лечении психозов // УП-съезд невропатологов и психиатров Украины: ч.2, Винница, 1984, с.145.

7. Тондий Л.Д., Васильева-Линецкая Л.Я., Роздильская О.Н. и др. Опыт использования научных исследований на кафедре в учебном процессе. // Учебно-методична конференція, присвячена 70-річчю Харківського інституту удосконалення лікарів, 8-9 червня, м.Харків, Суми, с.16
8. Федоров Э.И., Гирич В.И., Джулгакова Р.С., Борисов С.В. Опыт повышения эффективности последипломной подготовки врачей-эпидемиологов. // Учебно-методична конференція, присвячена 70-річчю Харківського інституту удосконалення лікарів.8-9 червня. м.Харків, Суми, с.37.
9. Хвисюк Н.И. Задачи последипломного обучения врачей и провизоров // Актуальные вопросы последипломного обучения провизоров. Л.: 1986, с.3-5.
10. Абрамов В.А. Стратегия психиатрической помощи населению Украины в условиях социально-экономического кризиса // Журн. психиатрии и медицинской психологии. №1, 1995.- С.12-17.
11. Вітенко І.С. Психологічні проблеми підготовки медичних кадрів в Україні // Журн. психиатрії та медичної психології. №1, 1995. с. 22-26.

I.K. Sosin

ВИНАХІДНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК РОЗДІЛ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПСИХІАТРІВ - НАРКОЛОГІВ

Харківський інститут удосконалення лікарів

На конкретних прикладах оригінальних рішень терапевтичних задач в психіатрії і наркології показан шлях творчого процесу від вибору напрямлення наукового пошуку, формулювання ідеї, визначення новизни та її реалізації до винаходу або патенту. Показана результативність наукового напрямку кафедри наркології (24 винаходи) та педагогічного процесу, зорієнтованого на стимулювання творчої діяльності лікарів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2) - С. 38-44).

I.K. SOSIN

INVENTION ACTIVITY AS A PART OF POSTGRADUATE TRAINING OF PSYCHIATRISTS-NARCOLOGISTS

Kharkiv Advanced Training Institute For Doctors

With concrete examples of original solution of therapeutic problems in psychiatry and narcology it is shown a way of creative process from choice of direction in scientific search, formulation of idea of novelty definition and its realization up to invention or patents Long-term experience of use of invention activity in system of postgraduate training of doctors.

It is shown an effectiveness of the scientific trend of narcology department (24 inventions) and pedagogical process oriented towards stimulation of creative activity of doctors. (The Journal of Psychiatry and medical psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 38-44).

Поступила в редакцію 03.04.96

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК: 616-036.2

*В.А. Абрамов, Д.С. Лебедев***ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: психическая дезадаптация, донозологические психические нарушения, психопрофилактика, промышленная психиатрия.

В последние годы увеличивается количество исследований, посвященных состояниям психической дезадаптации. Проблема является актуальной в связи с введением понятия о континуальных границах психического здоровья, которое предусматривает наличие промежуточных состояний между психическим здоровьем и болезнью [87]. С другой стороны, осуществление массовых эпидемиологических обследований различных популяций предусматривало квалификацию многочисленных случаев психических расстройств без четкой нозологической очерченности, при которых было трудно провести границу относительно нормальных психических явлений [101]. Развитие профилактического направления современной психиатрии невозможно без конкретизации понятия “повышенный риск” формирования психических расстройств. Проблема изучения состояний психической дезадаптации обострилась вследствие ускоренного научно-технического прогресса, социальных потрясений, в результате которых индивид вынужден приспосабливаться к новым, зачастую неблагоприятным производственным, экологическим и социальным условиям [84, 113, 145]. События последних лет в нашей стране поставили ее население перед необходимостью приспособления к условиям, к которым эволюционно адекватных механизмов психической (психологической) адаптации сформироваться практически не могло. Это значительно повышает вероятность возникновения психических расстройств, в т.ч. предболезненного уровня.

В настоящем сообщении представлен анализ литературных публикаций о дефиниции, этиологии, распространенности, клинике и профилактике состояний психической дезадаптации, в том числе работ, основанных на материале, полученном при изучении лиц, занятых в промышленности. Такие состояния обозначают как “симптомы”, “реакции”, “инициальные прояв-

ления”, “предболезнь”, “психическая дезадаптация”, “донозологические расстройства”, “непатологические невротические проявления”, “состояния непатологической психической дезадаптации” [11, 49, 72, 88, 147]. Общим является отнесение этих нарушений к регистрам, занимающим промежуточное положение между психическим здоровьем и болезнью [88].

Принципы диагностики подобных состояний нашли освещение во многих работах [18, 27, 47, 50, 65, 76, 90, 115, 121]. В настоящее время достигнуто некое единство в отношении их диагностики. Непатологическая дезадаптация рассматривается с позиций нормоцентризма, т.е. относится к “практическому здоровью”, но представляет собой повышенный риск формирования пограничных психических расстройств [7, 90].

В качестве состояний психической дезадаптации обозначали в первую очередь пограничные нервно-психические расстройства на этапе становления (реакции, преневроз и т.п.), являющиеся наиболее универсальным проявлением нарушения приспособления и имеющие подвижные, расплывчатые границы со здоровьем [7, 49, 107, 114, 147]. Ю.А.Александровский в своих работах [6, 7, 8] обосновал необходимость выделения непатологических невротических проявлений, исходя из выдвинутой им концепции об индивидуальном барьере психической адаптации, как клинического выражения напряженной функциональной деятельности адаптационного барьера. С болезненными состояниями эти проявления объединяются лишь феноменологическим подобием.

В плане теоретического обоснования непатологической дезадаптации представляется ценным привлечение работ Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной, М.А.Уколовой [29], развивших учение Г.Селье. Суть их концепции в том, что описанные Г.Селье стрессорные реакции - реакции на угрожающие жизни сверхсильные раздражители

ли. Они всегда сопряжены с биологическими потерями, и организм защищает себя путем определенной степени потерь. Это - всегда патологические реакции. Л.Х.Гаркави с соавторами получали неспецифические реакции на раздражители средней и малой силы. Эти раздражения не наносят повреждений, в отличие от стрессорных, и находятся в пределах физиологической нормы. Реакции средней и малой силы были обозначены как реакции активации, реакции слабой силы - реакции тренировки. В зависимости от общих условий и состояния организма раздражение может быть как тренировочным, так и активирующим, но может превратиться и в стрессорное. Следует подчеркнуть, что речь идет об общих физиологических и патофизиологических реакциях без использования данных нервной деятельности и тем более психики. Эта неспецифическая для психиатрии теория общебиологического реагирования использована для понимания сущности непатологической дезадаптации В.А.Абрамовым, И.И.Кутько, Н.А.Напреенко и др.[1]. Они определяют непатологические состояния психической дезадаптации как реакции тренировки и активации низких уровней и стресс-реакции высоких уровней реактивности. Эти реакции, не имеющие еще черт явного повреждения (болезни), но приобретающие элементы напряженности и рассогласования функционирования систем организма, содержат в себе угрозу здоровью.

С точки зрения синдромогенеза группу непатологических невротических проявлений определяют главным образом наименее сложные по структуре неспецифические общевевротические расстройства. Их отличительными особенностями являются: временный характер, нестабильность, парциальность и фрагментарность отдельных нарушений, критическое отношение к ним, возможность быстрой и полной коррекции под влиянием благоприятно изменившейся ситуации. Однако возникновение невротических феноменов дает основание для выявления группы лиц повышенного риска развития пограничной патологии, находящихся “между здоровьем и болезнью”.

С.Б.Семичов [87] предложил систематику, в которой на континууме “психическое здоровье-болезнь” группы здоровья располагаются в зависимости от нарастания степени вероятности возникновения болезни, а также от “потребности” в том или ином виде помощи. Им выделена группа непатологической психической дезадаптации, относящаяся к области практического здоровья. Такой вид дезадаптации чаще всего

охватывает лишь отдельные сферы жизнедеятельности. Субклинические симптомы немногочисленные, полиморфные и ограничиваются уровнем самых легких регистров. По продолжительности - чаще кратковременные. Хотя непатологическая дезадаптация представляет собой переживание, проблему, кризис, автор считает необходимым отграничить ее от психогений. В клинко-психологическом плане подобные состояния характеризуются тем, что “проблемность” превалирует над “симптоматикой”. Помощь медицинского психолога предпочтительнее вмешательства врача, хотя в ряде случаев описанные нарушения самокупируются. Автор подчеркивал, что сущность этих состояний еще придется наполнить конкретным содержанием.

Н.Е.Бачериков [16] описывает адаптационные (приспособительные) реакции, возникающие у здоровых людей, относящиеся к “пограничной” норме. Эти состояния возникают под влиянием личностно-значимого психотравмирующего события, продолжаются от нескольких дней до нескольких месяцев, преходящие. Их основные признаки - изменения эмоциональной сферы и поведения, отличающиеся от обычного в таких ситуациях состояния здоровых лиц лишь большей длительностью и интенсивностью.

А.Б.Савиных [84] выделяет состояния психической дезадаптации на основании следующих критериев:

1) наличие кратковременных астенических расстройств, возникающих под воздействием широкого круга экзогенных факторов, и отражающих личностно-типологические особенности индивида;

2) обратимость указанных состояний при прекращении влияния неблагоприятных факторов;

3) отсутствие у обследованных признаков ранее перенесенных психических заболеваний и психических и соматических болезней на момент выявления состояний психической дезадаптации.

Наиболее адекватными представляются диагностические критерии непатологических состояний дезадаптации, сформулированные В.А.Абрамовым и соавт. [1]:

1) субклинический уровень проявлений, их рудиментарность, фрагментарность, структурная незавершенность, обычно относящаяся к 2-3 невротическим симптомам;

2) отсутствие субъективного чувства болезни, все неприятные ощущения психологически понятны, интерпретируются как преходящее

естественное “недомогание”, после отдыха, при переключении внимания они исчезают или уменьшаются;

3) отсутствие межперсональной конфликтности.

Этиология состояний психической дезадаптации.

В этиологии состояний психической дезадаптации сочетается взаимодействие внешних факторов риска и индивидуально-типологических особенностей личности [8, 26, 135].

Наиболее ранними из описанных в литературе факторов психической дезадаптации являются астенизирующие экзогенные воздействия, способствующие переутомлению и истощению [59]. Патогенетическая значимость данных факторов подчеркивалась В.А.Гиляровским [31], выделившим “синдром нервной демобилизации”, В.В.Королевым [55], описавшим “невроз истощения” и другими авторами .

Многие исследователи ведущую роль в этиологии состояний психической дезадаптации отводят экзогенно-органическим влияниям [96, 122]. К ним причисляют начальные проявления церебрального атеросклероза [14], неполноценности кровоснабжения мозга [21], легкие черепно-мозговые травмы [54], интоксикации нервной системы [142].

Имеется достаточное число работ о возникновении состояний психической дезадаптации в условиях Севера, в зонах высокогорья [144]. Многие авторы в генезе психодезадаптационных расстройств отдают предпочтение сугубо природным факторам [38, 113]. Однако есть сообщения, отрицающие роль климатических влияний на проявления психической дезадаптации [120]. Согласно большинству публикаций первостепенная роль среди природных факторов Севера при возникновении психодезадаптационных расстройств принадлежит суровым метеорологическим влияниям, обуславливающим “жесткость погоды” [43, 67]. Последняя обуславливает появление так называемых “метеотропных реакций” [13], “метеоневрозов” [41], которые отражают взаимосвязь психического состояния и метеорологических условий [53, 91].

Ряд авторов указывают на тесную взаимосвязь психической и психофизиологической адаптации [18, 150], нарушение которой может привести, в частности, к артериальной гипертензии, гипоксическому синдрому головного мозга [64], являющихся патогенетической основой для возникновения состояний психической дезадаптации.

В соответствии с вышеперечисленными подходами были разработаны оригинальные стандартизированные, в том числе психологические методы диагностики указанных состояний [37, 85].

Анализу конституционально-биологических факторов, которые суживают границы психической адаптации, посвящены многочисленные публикации [15, 131, 146]. Среди них выделяется соматогенная предрасположенность к психодезадаптационным нарушениям, заключающаяся в наличии следующей патологии вне обострения: кардиоваскулярной [22, 153], желудочно-кишечной [45], дыхательной [99], аллергической [149], вертеброгенной [128]. Обоснованная связь между психической дезадаптацией и иммунологической недостаточностью, Е.А.Акерман и С.А.Иванова [5] показали, что у работниц предприятия с психодезадаптационными расстройствами в 1,8 раза чаще наблюдаются иммунодефицитные состояния. Семке В.Я. с соавт. [89] в качестве предиктора неблагоприятного течения адаптационного процесса рассматривает патологическое левшество.

В качестве внешних факторов рассматриваются некоторые виды профессиональной деятельности с повышенными психическими и физическими затратами, которые сопровождаются “нервно-психическим напряжением” [66, 68]. Описаны психодезадаптационные нарушения у диспетчеров [12], пилотов [109], рабочих ночных смен [117], и т.д.

Частота возникновения подобных сдвигов повышена среди лиц, работающих в экстремальных условиях: у моряков дальнего плавания, геологов, военнослужащих, у лиц, работающих в зонах природных, экологических катастроф и др. [9, 57, 137].

В то же время выдвигается тезис о возможности развития психической дезадаптации под влиянием производственных факторов малой интенсивности [65, 97, 133] таких, как профессиональные вредности, переутомление и т.п.

Большинство исследователей [121, 126] у работников промышленности ведущим психогенным фактором считают психогению, связанные с производственной сферой. Однако единого мнения не имеется. Так, Б.С.Положий [74], отдает предпочтение в генезе дезадаптационных нарушений у работников промышленных предприятий психологическим факторам личного, микросоциального содержания, тогда как

П.К.Пернов [71] акцентирует внимание на профессиональных влияниях, выделяя “технопатии”, а А.Крейндлер [58] - подобное им “промышленное утомление”.

Многие авторы утверждают, что у мужчин относительно преобладают производственные психогении, а у женщин - семейно-бытовые, но чаще всего встречается их сочетание [4, 122, 145].

Наряду с данными о роли профессиональной деятельности в этиологии состояний психической дезадаптации имеются работы, в которых ведущая роль отводится психосоциальным влияниям окружающей среды [19, 138, 148], в том числе микросоциальным проблемам [121, 126], социальной напряженности в обществе [6, 119], миграции, сопровождаемой необходимостью приспособления к комплексу новых условий [32, 84, 139]. Совокупность психосоциальных факторов обозначается в литературе в виде “психического стресса” [63, 122, 136].

В.Я.Семке [89] подчеркивал, что сложные социально-экономические условия, перекосы в сфере межнациональных отношений и т.п. приводят к возрастанию напряженности в межличностных отношениях, формированию своеобразных психических отклонений (“неврозов перестройки”). Очевидна роль в формировании состояний дезадаптации социально-политической ситуации на пространстве бывшего СССР, приводящей к коренной ломке общественного сознания и жизненного стереотипа больших масс людей. Отражением этой позиции стала концепция социально-стрессовых расстройств, сформулированная Ю.А.Александровским [6]. Их выделение из числа других пограничных психических нарушений автор объясняет непосредственной связью с социальными катаклизмами. К числу основных социально-стрессовых расстройств он относит и непатологические (психофизиологические) реакции, т.е. непатологическую психическую дезадаптацию.

При анализе содержания “психического стресса” в работах Е.В.Гришиной [34], Magni G. et al. [140], Baum A. et al. [112] и других авторов можно выделить две группы его причин - по типу психосоциальной гиперстимуляции или социальной депривации. Наиболее патогенными для возникновения состояний психической дезадаптации оказываются условия при невозможности активного противодействия им со стороны личности: во время стихийных бедствий, экологических катастроф и т.п. [9, 116, 123].

Наиболее оптимальной представляется позиция ряда исследователей, которые включают в

этиологию состояний психической дезадаптации комплекс производственных, микросоциальных и экологических факторов, обозначая их понятиями “эндемический стресс” [127], “стресс от текущих проблем” [143] и т.п.

Кроме перечисленных факторов риска психической дезадаптации отмечаются такие, как наследственная [115] и возрастная [104] предрасположенность. О большей патогенности факторов, “сцепленных” с особенностями лиц женского пола, сообщает В.Г.Ротштейн с соавт. [81].

К группе риска психической дезадаптации относятся лица с дисгармоническим складом личности в виде препсихопатий [52] и психопатий [35]. Возможность дезадаптационных расстройств сохраняется и при наличии акцентуации характера [61]. Отметим, что И.А.Горькова [33] не рекомендует акцентуации характера безапелляционно относить к области предболезни или психической дезадаптации, подчеркивая, что один и тот же тип акцентуации, с одной стороны, обладает повышенной устойчивостью к ряду психогенных воздействий, а с другой стороны, создает повышенный риск определенных психических (иногда и соматических) расстройств. При возникновении же психических расстройств акцентуации выступают в качестве патопластического фактора, накладывая сильный отпечаток на картину психических расстройств, а также играют большую роль в качестве определенной симптоматики преморбидного фона.

Ю.А.Агапов с соавт. [2] в качестве существенной особенности развития состояний дезадаптации выделяет высокий уровень нейротизма, реактивной и личностной тревожности, наличие акцентуированных и препсихопатических черт в преморбиде в сочетании с нарушениями в сфере межличностных отношений.

Некоторые авторы рассматривают нейротизм как универсальный механизм реагирования, отражающий напряжение или срыв адаптационных ресурсов в экстремальных условиях среды обитания [25].

Г.В.Залевский [47] детально проанализировал роль и соотношение психической ригидности и тревожности в возникновении психической дезадаптации, а также описал их прогностическое значение. Е.В. Безносюк с соавт. [17] отмечает, что психическая дезадаптация у студентов-медиков отмечалась главным образом на фоне акцентуаций личности: тревожной, педантичной, возбудимой, циклоидной.

Среди индивидуально-типологических особенностей личности, способствующих форми-

рованию состояний психической дезадаптации описаны такие явления, затрудняющие приспособление, как “защитный аутизм” [154], “не соответствующие реакции преодоления” [141], а также препятствующие дезадаптационным

сдвигам: “механизмы психологической защиты” [83] или “факторы адаптационной стабильности” [20], которые включают эмоциональный и интеллектуальный контроль, постоянство самооценки, высокую экстраверсию и психомоторный темп.

Распространенность состояний психической дезадаптации.

Литературные данные о распространенности состояний психической дезадаптации неоднозначны в работах разных авторов, что обусловлено различными диагностическими и методологическими подходами при оценке психодезадаптационных расстройств, а также неоднородностью обследованных популяций.

F.Rouillon [151] выявил при трансрегиональном обследовании тревожные и невротические явления, трудно отличимые от нормы, в 10% случаев. J.H.Kashani et al. [134] обнаружили у 18,7% психически здоровых подростков отдельные симптомы депрессии, тревоги, поведенческие расстройства. H.Dilling, S.Weyerer [124] сообщили о встречаемости в 21,4% случаев донозологических психических сдвигов среди сельского населения Верхней Баварии. H.Schepank et al. [152] установили в популяции из 600 человек у 25% лиц легкие психогенные расстройства. Высокая частота психодезадаптационных нарушений - 67%, отмечена в общей популяции J.Halldin [132]. При исследовании учащихся общеобразовательных школ В.Ю. Проскурина [80] выделила группу лиц с предболезненными состояниями в отношении развития пограничных нервно-психических расстройств в количестве 17,6%.

Распространенность состояний психической дезадаптации повышается в популяциях, подверженных воздействию факторов риска.

Сообщается о частоте проявлений психической дезадаптации у студентов в 89,7% случаев [81]. Распространенность подобных нарушений выявлена у 39,6% сотрудников научно-исследовательского института [11]. “Астению переутомления” обнаружили В.П.Коханов, В.Н.Краснов [57] у 51% моряков дальнего плавания. Ю.А.Александровский с соавт. [10] при обследовании лиц с жалобами на нервно-психические расстройства в зоне аварии на Чернобыльской АЭС выявил признаки психической дезадаптации в промежутке от 20,1% до 69,2% обследованных, в зависимости от времени пребывания в зоне аварии.

Столь же разноречивы данные и о распространенности психодезадаптационных нарушений у работников промышленности.

Л.С.Свердлов с соавт. [86] сообщает, что при обследовании популяции работников крупного промышленного предприятия частота состояний психической дезадаптации составила 24%. О.П. Вертоградова и соавт. [22] при обследовании сотрудников научно-производственного объединения выявила у 13,7% обследованных депрессивные расстройства переходного между нормой и патологией субклинического уровня. Л.А.Стукалова и др. [95] при обследовании работников промпредприятия выявили у 31,2% лиц психодезадаптационные расстройства. Е.Г.Пожарова [73] при обследовании работников строительных организаций выявила психическую дезадаптацию у 27,1% обследованных. Ю.А.Александровский и Б.Д.Петраков [10] сообщают о частоте встречаемости психической дезадаптации от 15% до 25% у рабочих химических предприятий. А.Б.Савиных [84] по материалам сплошного обследования работников крупного лесопромышленного комбината приводит данные о 13,4% лиц с состояниями психической дезадаптации. Ю.А.Агапов [2] при обследовании рабочих нефтехимического комбината относит к группе психической дезадаптации 19,7% всех работающих.

С.В.Запускалов [48] при обследовании работников предприятия установил более высокую распространенность состояний психической дезадаптации среди высококвалифицированных рабочих, чем среди низкоквалифицированных лиц (53,1 и 29,3 на 100 лиц каждой группы).

Binder et al. [115] констатировал психосоматические и невротические симптомы у 21% мужчин и у 41% женщин, занятых на заводах Цюриха. Б.С.Положий, Е.А.Акерман [75] отмечают у работников предприятия преобладание распространенности психодезадаптационных расстройств у женщин по сравнению с мужчинами (13,4 на 1000 и 3,8 на 1000 соответственно). Ряд авторов указывают на преобладание женщин над мужчинами в контингентах с состояниями дезадаптации [73, 77, 84].

С.Б.Семичов [88] приводит данные разных авторов о том, что распространенность состояний психической дезадаптации колеблется от 22% до 89%.

Таким образом, имеющиеся в литературе данные о распространенности состояний психической дезадаптации весьма разноречивы и экстраполировать их на другие популяции необоснованно в связи с использованием авторами различных диагностических критериев и неодно-

родностью воздействующих факторов риска. В то же время сведения об истинной распространенности состояний психической дезадаптации в конкретной популяции необходимы для планирования и проведения адекватных профилактических мероприятий.

Структура состояний психической дезадаптации.

Проблема клинико-патогенетического изучения состояний психической дезадаптации предусматривает исследование не только причин возникновения, но и структуры психодезадаптационных расстройств, что определяется задачами их ранней диагностики. По данным литературы, среди проявлений психической дезадаптации встречаются состояния с преобладанием собственно слабости, эмоциональных или психосоматических (вегетативных) расстройств. Наиболее простыми по структуре являются дезадаптационные нарушения с преимущественно физической и психической астенией, которые возникают в результате перегрузки функциональных систем головного мозга при физической или умственной работе. Они описываются в виде неврастеноподобных [гипер-, гипостенических] сдвигов с рассеянностью внимания, снижением кратковременной и оперативной памяти, замедлением психомоторного темпа, снижением скорости переработки информации [12, 23, 40, 108, 118].

Психодезадаптационные расстройства с преобладанием эмоциональных сдвигов описываются при комплексном воздействии неблагоприятных внешних факторов, таких, как стрессовые ситуации с угрозой для здоровья и жизни, экстремальные условия работы, отрицательные психосоциальные влияния. Подчеркивается патогенетическая значимость ограниченной возможности личности активно противодействовать, избегать или корректировать стрессовую ситуацию [9, 16, 62, 70, 125, 129, 130].

Среди эмоциональных психодезадаптационных расстройств выделяются гипотимические, гипертимические, дистимические сдвиги. В.П.Казначеев [50] основным клиническим проявлением этих расстройств считает тревогу различного уровня в сочетании с некоторым повышением настроения и психомоторной активности, относя эти явления к "синдрому психоэмоционального напряжения". М.В.Виноградов, Н.Б.Ласков [24] сообщили о тревожно-депрессивных нарушениях с суетливостью или заторможенностью, а также эйфорических и маниакальных, которые возникали в экстремальных

условиях деятельности. З.С.Гусакова [39] обнаружила в условиях судебно-следственной ситуации у преморбидно здоровых лиц субдепрессивный и "псевдоманиакальный" варианты расстройств. А.С.Солодков, В.С.Лобзин [93] выявили у моряков-подводников возбудимые и тормозимые неврозоподобные нарушения в виде реакций гнева, обиды с депрессивными, тревожно-фобическими и астеническими компонентами, переживания эмоционального напряжения, психического дискомфорта.

В ряде работ описываются психодезадаптационные состояния с вовлечением вегетативной и психосоматической сферы в комплексе с эмоциональными, астеническими сдвигами, заострением или появлением несвойственных ранее характерологических черт, что дает основание считать такие расстройства в качестве наиболее неблагоприятных проявлений психической дезадаптации. Так, В.П.Коханов и В.Н.Краснов [57] сообщили о разнообразных вегетативных дисфункциях в сочетании с гипотимическими или экстрапунитивными дисфорическими реакциями у моряков. Ю.Л.Курако, В.Е.Волянский [60] у этого же контингента обнаружили вегетативную дисфункцию с преобладанием симпатикотонии в сочетании с тревогой, истощаемостью и экстрапирамидной симптоматикой. Brief R.S., Scala R.A. [117] выявили диссомнические и желудочно-кишечные сдвиги в комплексе с проявлениями эмоциональной лабильности у работников ночного сменного труда. Almeida-Filho N. [111] выделял в условиях стресса у мигрантов неспецифические соматогенные проявления: сосудистые, респираторные, желудочно-кишечные, суставные, которые обозначаются автором в виде "психосоматического дезадаптационного синдрома". О.Н.Соколова с соавт. [92] отмечает в структуре дезадаптации у пилотов гражданской авиации наряду с тревогой значительную выраженность вегетативных коррелятов тревоги: тахикардию, аритмии, гипо- или гипертонические реакции, диспноэ, дисфункции желудочно-кишечного тракта. М.С.Денисюк, А.Ю.Островский [42], Alloys-Varona L.R. [110] обнаружили у лиц, работающих в усложненных

условиях труда, аффективно-личностные, висцеро-вегетативные и психосоматические отклонения, М.С.Уманский [100] - астенические, истерические, обсессивные, вегетативные и психосоматические симптомы. В.Н.Судаков [96] описывает у рабочих в условиях острой психотравмирующей ситуации в структуре психодезадаптационных нарушений появление полиморфных отклонений со стороны соматической сферы (колебания артериального давления, дискинезия желчных путей и др.).

Профилактика состояний психической дезадаптации

Вопросы психопрофилактики состояний психической дезадаптации освещены в литературе достаточно широко. Содержание психопрофилактических мероприятий в данном случае определяется в основном общими принципами первичной психопрофилактики [23, 28, 30, 46, 73, 84].

По мнению Б.С.Положий и Е.А.Акерман [75] профилактика непатологической психической дезадаптации на производстве должна базироваться на принципах промышленной психогигиены, учитывать специфику отрасли, применяемых видов труда, технологических процессов. Одной из основных форм является психогигиеническая санитарно-просветительная работа.

В.А.Абрамов с соавт. [1] указывает на необходимость участия врача в оптимизации трудового процесса.

Большинство исследователей делают акцент на необходимости комплексной профилактики состояний психической дезадаптации, включающей разнообразные психотерапевтические, физио- и фармакотерапевтические воздействия [24, 34, 70, 75].

Имеются работы, формулирующие подходы дифференцированной профилактики состояний психической дезадаптации в зависимости от преобладающих нарушений и их выраженности [86, 90]. В.Я.Семке и соавт. [90] разработали семь психопрофилактических программ, используемых в условиях Сибири и Дальнего Востока. В основу положено использование адаптогенов растительного происхождения (экстракта родиолы розовой, элеутерококка, настойки лимонника и др.) в сочетании с различными методами психотерапии (гипноз, аутотренинг), иглорефлексотерапией, использованием антидепрессантов, иммунокорректоров. Л.С.Свердлов и соавт. [90] для психопрофилактики пси-

Анализ имеющихся публикаций показывает, что при популяционных исследованиях изучение дезадаптации основывалось преимущественно на исследовании всего контингента, без учета неблагоприятных воздействий конкретного производства, возрастающей социальной напряженности, либо ограничивалось эпидемиологическим, феноменологическим аспектами данных состояний, недостаточно исследованы личностно-психологические особенности дезадаптированных лиц.

хической дезадаптации на крупных промышленных предприятиях разработали пять программ. Они основаны на сочетанном применении психостимулирующих и седативных средств растительного происхождения, рефлексо-, физиотерапии, электросна, комплекса психотерапевтических методик (гипносуггестия, аутотренинг, групповая, рациональная психотерапия, социальный тренинг). Ю.А.Агапов и соавт. [3] внедрили для психопрофилактики среди лиц, работающих на химическом производстве, три программы. Первая включала психотерапевтические мероприятия и была направлена на снятие стрессовых факторов, вторая сочетала психотерапию с коррекцией соматической патологии, и третья предусматривала лечение в соматическом стационаре с последующей психологической адаптацией.

Все авторы, пишущие о профилактике психической дезадаптации, сообщают о применении различных психотерапевтических методов, таких как эмоциональная разгрузка, психологическая коррекция, рациональная психотерапия, ауто- и гетеротренинг, ситуационно-психологический, социальный тренинг, суггестия, психическая саморегуляция, нейролингвистическое программирование, различные виды групповой психотерапии, семейная психокоррекция, музыкотерапия, а также их различные сочетания, причем предпочтительны экспресс-методы. Подчеркивается необходимость проведения курсов эмоциональной разгрузки с элементами психической и мышечной релаксации, аутотренинга. Целесообразна семейная психокоррекция, общеоздоровительные мероприятия [1, 3, 78, 84, 90, 97, 98, 103, 105].

О.Н.Соколова с соавт. [92] предложила для лечения "астений адаптации" комбинацию транквилизаторов с пикамилоном, сафинором и пиридитолом, подчеркивая их нормализующий

“метеотропный” эффект для лиц, прибывших из зон с иным климатом.

С.И.Табачников с соавт. [97] сообщает об эффективности эмоционально-волевой тренировки и аппаратной нервно-мышечной электростимуляции при купировании состояний психической дезадаптации.

Ряд авторов указывают на эффективность различных методов рефлексотерапии для психопрофилактики состояний психической дезадаптации [44, 56, 57].

Основным принципом организации психопрофилактической помощи является внедиспансерный, предусматривающий дифференцированность, преемственность и ступенчатость мероприятий [75, 90] при взаимодействии психиатрических и общемедицинских звеньев здравоохранения [69, 86]. В ряде работ указывается на необходимость базирования специализированной помощи на уже существующих звеньях здравоохранения под методическим руководством региональных психиатрических учреждений [3, 48].

Психопрофилактическая работа на промышленном предприятии должна планироваться на разных уровнях [86]. Первый уровень - социальный. На нем реализуются мероприятия по улучшению материально-бытовых условий жизни и гигиенических условий труда, профессиональному отбору и т.п. Второй уровень - социально-психологический. На этом уровне могут быть реализованы психопрофилактически направленные семейное консультирование, мероприятия по улучшению социально-психологического климата в первичных производственных коллективах, программы социально-психологического тренинга для руководителей, социально-психологические методы преодоления негативной установки по отношению к сотрудничеству с врачами и психологами в группах повышенного риска. Третий уровень - психологический. На этом уровне должна быть обеспечена квалифицированная психологическая помощь в решении индивидуально-личностных проблем, психологическая коррекция особенностей характера человека, поведения и его отношений. Помощь такого рода направлена на развитие адаптивных возможностей человека, его способности конструктивно решать проблемные ситуации, избегая повышенного нервно-психического напряжения. Четвертый уровень - собственно медицинский. Содержанием работы на этом уровне является нейтрализация негативного влияния и повышение толерантности к воздействию хронического эмоционального стресса на нервно-

психическое здоровье, купирование актуальных невротических нарушений.

Обобщая опыт психопрофилактической работы различных исследовательских коллективов, Л.С.Свердлов с соавт. [86] показывает, что организационная структура психопрофилактической службы зависит от условий, сложившихся на конкретном промышленном предприятии. Однако, независимо от конкретных условий, организационная структура психопрофилактической службы включает, как правило, три основных звена. Первое звено ответственно за работу непосредственно в цехах, отделах, лабораториях предприятия. Деятельность этого звена, связанная с организацией комнат или кабинетов психологической разгрузки, обеспечивается средними медицинскими работниками МСЧ предприятия или психопрофилактической службы, либо, там, где это возможно, специально подготовленными медицинскими психологами. Объем задач, которые решаются в этом звене, различен в зависимости от подготовки кадров, от размеров охватываемого контингента. Здесь могут в принципе решаться задачи психологического характера, задачи психологического консультирования, психологической коррекции, могут проводиться сеансы релаксации и т.п. В цеховом медпункте могут выполняться медикаментозные назначения.

Второе звено обычно представляет собою в той или иной форме организованный на территории предприятия центр, в который сотрудники предприятия могут обратиться за квалифицированной психопрофилактической помощью. Работа этого центра обеспечивается квалифицированными психотерапевтами, медицинскими психологами и средним медицинским персоналом. В условиях этого центра проводится диагностическая, психотерапевтическая, психокоррекционная работа. Обычно этот центр является и организационно-методическим для психопрофилактической службы всего предприятия.

Третье звено - это профилактории, куда работники предприятия могут быть направлены из психопрофилактического центра. Автор считает целесообразной такую форму, как вечерний профилакторий, куда пациенты направляются сразу после работы и где они могут быть обеспечены питанием, возможностью отдыха, и где им оказывается квалифицированная и специализированная психопрофилактическая помощь. Преимущество такой формы состоит в том, что пациенты не прекращают работу на предприятии и в то же время не отрываются от семьи.

Одним из существенных доводов в пользу

организации психопрофилактической службы непосредственно на производстве является то, что число лиц, не согласных на сотрудничество с этой службой или предъявлявших неопределенную установку, возрастает, если оказывается, что необходимые формы психопрофилактической помощи могут быть оказаны лишь за пределами территории предприятия [69]. Н.Г.Генералова,

Л.С.Свердлов [30] отстаивают принцип свободного обращения за психопрофилактической помощью на основе ее реальной доступности и полной информированности о ее работе. Также, по их мнению, необходима автономность психопрофилактической службы от психиатрической, обеспечивающая как врачебную тайну, так и в случае необходимости анонимность обращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Кутько И.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации: Метод. рекомендации.- Донецк, 1992.- 19 с.
2. Агапов Ю.А. Медико-социологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конф. с участием зарубежных ученых. - Томск, 1991.- Т.1.- С.15.
3. Агапов Ю.К., Судаков В.Н., Судакова А.Г. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.9-11.
4. Акерман Е.А. Невротические расстройства у работников крупного промышленного предприятия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Томск, 1987.- 21 с.
5. Акерман Е.А., Иванова С.А. Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конференции (с участием зарубежных ученых).- Томск, 1990.- С.12.
6. Александровский Ю.А. Обзорение психиатрии и медицинской психологии.- 1992.- N 2.- С.5-10.
7. Александровский Ю.А. Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз.конф.-Витебск, 1989.- Т.П.-С.4-7.
8. Александровский Ю.А. Вестн. АМН СССР.- 1985.- N5.- С.61-69.
9. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях.- М.: Медицина, 1991.- 96 с.
10. Александровский Ю.А., Петраков.Б.Д. Восьмой Всесоюз. съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тез. докл.- М., 1988.- Т.Ш.- С. 178-180.
11. Александровский Ю.А., Собчик Л.Н. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. - Л., 1986. - С.22-27
12. Алексеев В.А. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека: Тез. докл.-М., 1986. - С.6.
13. Андропова Т.И., Деряпа Н.Р., Соломатин А.П. Гелиометеоропные реакции здорового и больного человека. - Л.: Медицина, 1982.- 247 с.
14. Андрияшквичене Ю., Ручинскене М. Материалы научной конференции мед. фак. - Вильнюс. 1975. - С.116-118.
15. Анфиногенова Н.Г., Долгина Г.Т., Китаева Е.К. Сб. науч. тр. / Ленингр. научно-исслед. ин-т.- 1986.- Т.115.- С.114-117.
16. Бачериков Н.Е., Михайлова К.В., Гавенко В.Л. и др. Клиническая психиатрия. - К.: Здоровья, 1989.- 512 с.
17. Безносюк Е.В., Ордабаева Д.А., Саркисянц Э.Э. и соавт. Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конф. - Витебск, 1989.- Т.П.- С.13-14.
18. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988.- 270 с.
19. Березин Ф.Б., Соколова Е.Д. Психогении и психопатии.- М., 1983.- С.84-90.
20. Бубнова С.С. Физиология экстрем. состояния и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.13.
21. Бурцев Е.М., Молоков Д.Д. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.9.- С.1305-1310.
22. Вертоградова О.П., Матвеев А.В. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.4.- С.552-555.
23. Верченко Н.В. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.16.
24. Виноградов М.В., Ласков Н.Б. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.320.
25. Волков Г.Д. Адаптация человека в различных климато-геогр. и производст. условиях: Тез. докл. -Новосибирск, 1981.- Т.3.-С.129-131.
26. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация - универсальный биологический механизм приспособления. - М.: Медицина, 1987.- 176 с.
27. Гавенко В.Л. Критерии диагностики и диспансеризации психически больных: Тез. докл. семинара-совещания психиатров Украины.- Донецк, 1992.- С.20.
28. Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Бачериков Н.Е. Психиатрия и наркология. - К.: Здоров'я, 1993.- 192 с.
29. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма.- Ростов-на-Дону, изд. 3-е, 1992.- 152 с.
30. Генералова Н.Г., Свердлов Л.С. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.18-21.
31. Гиляровский А.В. Старые и новые проблемы психиатрии.- М., 1946.- С.56-67.
32. Гончарская Т.В., Коцюбинский А.П., Мальков Н.Р. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.129-133.
33. Горьковая И.А. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.- СПб, 1993.- N 4.- С.53-62.
34. Гришина Е.В. Сб. науч. тр. Ленингр. научно-исслед. психоневролог. ин-та.- 1986.- Т.115.- С.140-144.
35. Гульдман В.В., Иванников В.А. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1974.- Вып.12.- С.1830-1836.
36. Гурвич И.Н. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.- С.32-34.
37. Гурвич И.Н., Семичов С.Б. Тест нервно-психической адаптации: Метод. рекомендации.- Л., 1988.- 19 с. 1986.- С.28-32.
38. Гурьев В.Н. Человек и среда.- Л., 1975.- С.113-120.
39. Гусакова З.С. Варианты непсихотических психогенных состояний, возникающих в условиях судебного-следственной ситуации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1988.- 22с.
40. Гут В.Г. Акт. вопр. психиатрии.- Томск, 1985.- Вып.2.- С.16-17.
41. Данишевский Г.М. Патология человека и профилактика заболеваний на Севере.- М.: Медицина, 1968.- 412 с.
42. Денисюк М.С., Островский А.Ю. Совр. состояние, перспективы развития морской медицины и гигиены водного транспорта: Материалы конф. - Одесса, 1983.- С.172-173.
43. Деряпа Н.Р. Эколого-гигиен. и клин. вопр. жизнедеятельности человека в условиях Севера.- Новосибирск, 1981.- С.4-5.
44. Ермаков А.В. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.2.- С.67-69.
45. Ерохина Л.Г., Ринская И.Ю. Неврология и психиатрия.- Киев, 1974.- Вып.4.- С.63-66.
46. Жариков Н.М., Урсова М.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия.- М.: Медицина, 1989.- 496 с.
47. Залевский Г.В. Дифференциально-диагностическая оценка психической ригидности при основных нервно-психических расстройствах. Метод. рекомендации.- Томск, 1987.- 24 с.
48. Запускалов С.В. Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конференции [с участием зарубежных ученых]. - Томск, 1990. - С.33.
49. Зеневич Г.В. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.28-32.
50. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск: Наука, 1980. - 192 с.
51. Кербилов О.В. Избранные труды.- М., 1971.- 213 с. 36.
52. Ковалев В.В. Патохарактеролог. исслед. у подростков.- Л., 1981.- С.73-78.
53. Колосова О.А., Миндлина Г.Н. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1987.- Вып.1.- С.-136-143.
54. Корнилов А.А., Кокорина Н.П. Клин. и орг. асп. начальных проявлений нервно-псих. заболеваний.- Барнаул, 1987.- С.24-25.
55. Королев В.В. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1962.- Вып.5.- С.716-722.
56. Костина Н.Н. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.- С.44-45.
57. Коханов В.П., Краснов В.Н. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.11.- С.1681-1684.
58. Крейндрер А. Астенический невроз: Пер. с румын.- Бухарест: Изд-во Академии РНР, 1963.- 410 с.
59. Крепелин Э. Психиатрия. - СПб, 1898.- 503 с.
60. Курако Ю.Л., Волянский В.Е. Актуальные проблемы

- пограничной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конф. - Витебск, 1989.- Т.П.- С.71-73.
61. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем.- Киев:Вища школа, 1981.- 390 с.
62. Липгарт Н.К., Чайка Ю.В., Подкорытов В.С. VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.- М., 1981.- Т.3.- С.474-476.
63. Ломунов О.К. VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.- М., 1981.- Т.3.- С.477-478.
64. Марачев А.Г. Регион. особенности здоровья жителей Заполярья.- Новосибирск, 1983.- С.98-102.
65. Менделевич Д.М., Яхин К.К. Гигиена труда и проф. заболевания.- 1985.- N 8.- С.48-50.
66. Наенко Н.И. Психическая напряженность.- М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976.- 112 с.
67. Неверова Н.П. Состояние вегетативных функций у здоровых людей в условиях Крайнего Севера (материалы к изучению физиологич. механизмов акклиматизации у здорового человека к условиям Крайнего Севера): Автореф. дис. ... докт. мед. наук.- Новосибирск. - 1992. - 30с.
68. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения.- Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983.- 166 с.
69. Острцов О.В. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.2.- С.74-77.
70. Первомайский В.Б. Вопросы клиники и возникновения психастенической психопатии, принципы терапии, профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1983.- 23 с.
71. Пернов П.К. Неврозы и неврозоподобные состояния / Под. ред. проф. Н.Антонова.- София: Медицина и физкультура, 1983.- 244 с.
72. Подкорытов В.С. Невропатология и психиатрия. Патоморфоз нерв. и псих. заболеваний.- Киев, 1980.- Вып.9.- С.130-133.
73. Пожарова Е.Г. Пограничные нервно-психические расстройства у работников строительства [клинико-эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты]: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.Томск, 1991.- 20 с.
74. Положий Б.С. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.8.- С.1200-1203.
75. Положий Б.С., Акерман Е.А. Клиника и профилактика невротических расстройств у работников промышленности: Метод. рекомендации.- Томск, 1988.- 19 с.
76. Положий Б.С., Запускалов С.В. Раннее выявление, клиника и профилактика экзогенно-органических психических расстройств у работников промышленности: Метод. рекомендации.- Томск, 1988.- 21с.
77. Положий Б.С., Потапкин И.А. Распространенность, клиника и профилактика нервно-психических расстройств у лиц старшего возраста, работающих на промышленном производстве: Метод. рекомендации.-Томск, 1990.- 20 с. с.
78. Попова Л.А. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.
79. Потапкин И.А. Социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.80-83.
80. Проскурина Т.Ю. Профилактика пограничных нервно-психических расстройств у учащихся старших классов общеобразовательных школ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Харьков, 1992.- 19 с.
81. Ротштейн В.Г., Богдан А.Н., Морозова В.П. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1987.- Вып.6.- С.931-935.
82. Саванин Д.В., Головин О.Д. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.95-97.
83. Савенко Ю.С. Пробл. клиники и патогенеза псих. заболеваний.- М., 1974.- С.95-112.
84. Савиных А.Б. Структура, динамика и профилактика состояний психической дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Томск, 1989.- 25 с.
85. Свердлов Л.С., Скорик А.И. Опросник нервно-психической дезадаптации: Метод. рекомендации.-Л.,1990.- 42с.
86. Свердлов Л.С., Скорик А.И., Генералова Н.Г. и др. Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств на крупных промышленных предприятиях: Метод. рекомендации.- Л., 1990.- 16 с.
87. Семичов С.Б. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.8-17.
88. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987.- 184 с.
89. Семке В.Я., Савиных А.Б., Аксенов М.М. Медико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.103-105.
90. Семке В.Я., Судаков В.Н., Лишманов Ю.Б. и др. Клиническая систематика, принципы ранней диагностики и психопрофилактики состояний психоэмоционального напряжения: Метод. рекомендации.- Томск, 1988.- 19 с.
91. Сидякин В.Г., Темурыянц Н.А., Сташков А.М. и др. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1983.- Вып.1.- С.134-137.
92. Соколова О.Н., Коркина В.М., Бодарева В.В. и др. Актуальные проблемы пограничной психиатрии [часть II].- М.- Витебск, 1989.- С.121-122.
93. Солодков А.С., Лобзин В.С. Военно-мед. журн.- 1980.- N 1.- С.51-54.
94. Спивак Л.И. IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров.- М., 1980.- Т.1.- С.347-349.
95. Стукалова Л.А., Алексеев Ю.Н., Кизяковский В.М. IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.- М., 1980.- Т.1.- С.244-246.
96. Судаков В.Н. Клини. и орг. асп. начальных проявлений нервно-псих. заболеваний.- Барнаул, 1987.- С.49-50.
97. Табачников С.И., Найдено С.И., Пуцай С.А. и др. Пограничные психические расстройства (социальный и клинический аспекты).- М., 1988.- С.114-118.
98. Табачников С.И., Найдено С.И., Титиевский С.В. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии.- Запорожье, 1990.- С.131-133.
99. Тлапшюков М.Х. Изменения нервной системы при неспецифических заболеваниях легких: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.- М., 1984.- 32 с.
100. Уманский С.М., Уманский М.С. Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами: Сб. науч. тр. / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. Сербского. - М., 1986.- С.42-45.
101. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - 2-е изд.- М.: Медицина, 1987.- 304 с.
102. Хаустова Е.А., Чуприков А.П. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии.- Запорожье, 1990.- С.136-139.
103. Хмелевский В.Н., Мордовцева Н.В. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.2.- С.84-85.
104. Цыцарева И.В. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.97-100.
105. Шинкевич Н.В. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.- С.78-79.
106. Шмидт Б.В., Бассин В.Ф. Методологические аспекты науки о мозге.- М.,1983.- С.192-204.
107. Шостакович, Я.Е. Свириновский, Л.Н. Собчик и др. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1985.- Вып.4.- С.579-584.
108. Яковлева И.Г. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.72.
109. Agathon M. Acta psychiat. belg.- 1977.- V.77.- N.1.- P.105-117.
110. Allois-Varona L.R. Rev. Hosp. psychiat. Habana.- 1985.- V.26.- N.2.- P.163-173.
111. Almeida-Filho N. Acta Psychiat. scand.- 1987.- V.75.- N.1.- P.1-10.
112. Baum A., Fleming R., Reddy D.M. Soc. Sci. med. - 1986.- V.22.- N.5.- P.509-516.
113. Bell J., Garthwaite P.H. Brit. J. Psychiat.- 1987.- V.150.- P.213-219.
114. Berg M. Bull. Menninger clin.- 1982.- V.46.- N.2.- P.113-124.
115. Binder J., Dobler-Mikola A., Angst J. Soc. Psychiatr.- 1981.- V.16.- N.1.- P.31-41.
116. Bricchacek V. Ces. Psychiatr.- 1985.- V.81.- N.5.- P.292-297.
117. Brief R.S., Scala R.A. Amer. Industr. Hyg. Ass. J.- 1986.- V.747.- N.4.- P.199-203.
118. Buchsham M.B., Haier R.J., Sostek A. et al. Arch. gener. Psychiatry.- 1985.- V.42.- N.4.- P.354-360.
119. Cairns E., Wilson R. Brit. J. Psychiatry.- 1984.- V.145.- N.12.- P.631-635.
120. Christensen R. Alaska Med.- 1982.- V.24.- N.5.- P.89-90.
121. Cooce D.J. Acta psychiat. scand.- 1986.- V.74.- N.3.- P.281-291.
122. Deb A.K. Indian. Pract.- 1974.- V.27.- P.35-38.
123. Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. et al. Amer. J. Psychiatry.- 1987.- V.144.- N.8.- P.1074-1077.
124. Dilling H., Weyerer S. Acta psychiat. scand.- 1984.- V.86.- N.1.- P.60-79.
125. Doutheau C. Ann. medico-psychol.- 1984.- V.142.- N.2.- P.241-247.
126. Dytrych Z., Schuller V., Prokopec J. Ces. Psychiatr.- 1986.- V.82.- N.2.- P.82-86.
127. Ferdiere G. Ann. medico-psychol.- 1984.- V.142.- N.2.- P.283-284.
128. France R.D., Houpt J.L., Skott A. et al. J. psychosom. Res.- 1986.- V.30.- N.2.- P.127-133.
129. Fowlie D.G., Aveline M.O. Brit. J. Psychiatry.- 1985.- V.1985.- N.6.- P.609-613.
130. Jones D.R. Amer. J. Psychiatry.- 1985.- V.142.- N.3.- P.303-307.
131. Hales R.E. Milit. Med.- 1987.- V.12.- N.1.- P.587-595.
132. Halldin J. Acta Psychiatr. scand.- 1985.- V.71.- N.2.- P.117-127.
133. Hobbs P.R., Ballinger C.B., Clure A.M et al. Acta psychiat. scand.- 1985.- V.71.- N.3.- P.281-286.
134. Kashani J.H., Beck H.C., Hooper E.W. Amer. J. Psychiatry.- 1987.- V.144.- N.5.- P.584-590.
135. Kobasa S.C.O., Puccetti M.P. J. Pers. Soc. Psychol.- 1983.- V.45.- N.4.- P.839-850.

136. Lazarus R. Society, stress and disease.- London-New York-Toronto, 1971.- P.53.
137. Lerer B., Bleich A., Kotler M. et al. Arch. gener. Psychiatr.- 1987.- V.44.- N.11.- P.976-982.
138. Linsky A.S., Straus M.A., Colby J.P. J. Stud. Alcohol.- 1985.- V.46.- N.1.- P.72-80.
139. London M. Brit. J. Psychiatry.- 1986.- V.149.- N.9.- P.265-273.
140. Magni G., Messina C., Leo D. et al. Acta psychiatr. scand.- 1983.- V.68.- N.4.- P.297-301.
141. Miller P.M., Surtees P.G., Kreitman N.B. et al. J. nerv. ment. Dis.- 1985.- V.173.- N.12.- P.707-716.
142. Min S.K. Acta psychiatr. scand.- 1986.- V.73.- P.80-86.
143. Nezu A.M. J. clin. Psychol.- 1986.- V.42.- N.6.- P.847-852.
144. Nickels J.B., Kehoe J.P. Northern communities mental health and social adaptation.- Winnipeg, Manitoba, 1972. [3], 36.1 Center for Settlement studies. Univ. of Manitoba. Ser.5.
145. Northcott H.C. Canad. mental Health.- 1984.- V.32.- N.3.- P.25-27.
146. Nott P.N. Brit. J. Psychiatr.- 1987.- V.151.- N.10.- P.523-527.
147. Novac A. J. nerv. ment. Dis.- 1986.- V.174.- N.2.- P.84-91.
148. Perris H. Acta psychiatr. scand.- 1984.- V.69.- N.4.- P.350-368.
149. Rix K.J.B., Pearson D.J., Bentley S.J. Brit. J. Psychiatr.- 1984.- V.145.- P.121-126.
150. Roth D.L., Holmes D.S. Psychosom. med.- 1987.- V.49.- N.4.- P.355-366.
151. Rouillon F. Sem. Hop.- 1985.- V.61.- N.45.- P.3129-3133.
152. Shepank H., Hilpert W., Honmann H. Z. Psychosom. Med.- 1984.- V.30.- P.43-61.
153. Swift R.M., Black H.R. Psychosomatics.- 1984.- V.25.- N.10.- P.737-745.
154. Jarosz M. Psychiat. Pol.- 1979.- V.13.- N.2.- P.111-117.

Поступила в редакцию 22.09.95

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
ДЕЙСТВИЯ НООТРОПНЫХ СРЕДСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: ноотропы, нейрохимические механизмы

За прошедшие два десятилетия с момента установления у пирacetама способности улучшать когнитивные процессы, арсенал ноотропных средств существенным образом пополнился. Их рассматривают как новый перспективный класс веществ для фармакологической коррекции врожденных и приобретенных неврологических дефицитов, интеллектуальных способностей, повышения устойчивости организма к экстремальным условиям, которые обеспечивают умственную работоспособность при осложненных видах деятельности человека. В настоящее время известно около десяти групп лекарственных веществ [1], которые в клинических условиях обнаруживают ноотропную активность. К их числу относятся:

1. Производные пирролидона - пирacetам, анирацетам, этирацетам, оксирацетам и др.

2. Производные диметиламиноэтанола - диаманол ацеглумат, меклофеноксат, диметиламиноэтанол, эцклидан и др.

3. Производные пиридоксина - пиритинол, гутимин.

4. Производные ГАМК - аминалон, натрия оксибутират, фенибут, никотиноил ГАМК, пантогам, пикамилон и др.

5. Нейропептиды и их аналоги - АКТГ и его фрагменты, вазопрессин, окситоцин, тиролиберин, меланостатин, эндорфины, энкефалины, пироглутамил, дипептиды.

6. Антиоксиданты - ионол, дибунол, 2-этил-6-метил-3-оксипиридин.

7. Цереброваскулярные средства - ницерголин, винлосептин, винкамин, хидергин и др.

8. Разные вещества с компонентом ноотропного действия - этимизол, метилглюкамина оротат, ксантинола никотинат, оксиметацил, нафтидрофуры, Жень-шень, лимонник и др.

Хотя эта классификация отражает еще не устоявшиеся представления о психотропной активности ноотропных лекарственных средств, тем не менее они с успехом применяются при

нарушениях памяти, обучения, внимания, интегративных функций мозга, которые наблюдаются при многих формах клинической патологии, расстройствах мозгового кровообращения, травмах и гипоксии мозга, интоксикациях [2, 3, 4]. Вместе с тем, сегодня отсутствуют систематизированные материалы, накопленные психофармакологами и нейрофизиологами, по мнемоторным эффектам и обеспечивающими их нейрохимическими механизмами действия ноотропных средств. Это и явилось посылкой к написанию настоящего обзора литературы.

Изучение ноотропного действия веществ проводят с помощью комплекса методов, позволяющих оценить их влияние на процессы обучения и памяти. Наиболее удобными и широко используемыми из них являются модели активного и пассивного избегания с положительным (пищевым) или отрицательным (аверсивным пищевым, электрошолевым) подкреплением, а также разнообразные методы исследования поведения животных в лабиринтах различной степени сложности [4, 5].

1. Влияние ноотропных средств на обучение животных реакции активного избегания.

При выработке рефлекса активного избегания поведения животных должно предупредить процедуру наказания. Для реализации этого требуется многократное предъявление условного и безусловного стимулов, при этом с каждой серией предъявляемых раздражителей, время затрачиваемое на выполнение избегания и количество ошибок уменьшается. Последнее открывает возможность активизировать динамику развития процесса обучения [6]. В этих условиях пирacetам (100 мг/кг) при субхроническом внутрибрюшинном введении трехнедельным крысам (потомство беременных крыс на фоне пренатального голодания, подвергнутые социальной изоляции), вызывает восстановление нарушенного обучения выработки различения яркости при пищевом подкреплении и реакций

избегания болевого воздействия [7]. В дозах того же порядка у хорошо и среднеобученных крыс это циклическое производное ГАМК стимулирует запоминание активной реакции избегания с пищевым подкреплением [8], в то время как анирацетам (50-150 мг/кг) улучшал выполнение условной реакции избегания (УРИ) только у среднеобученных животных. Адафеноксат (10 мг/кг), вводимый ежедневно в течение 7 дней, облегчает запоминание и у хорошо обученных крыс. Однократное введение мышам непосредственно перед началом обучения оксирацетама (30 мг/кг) и пирацетама (100 мг/кг) ускоряет выработку дискретного рефлекса активного избегания в челночной камере по сравнению с контролем [9]. В опытах с УРИ в челночной камере пептидный аналог пирацетама амид-L-пироглутамил-D-аланин существенно увеличивает число животных, способных к достижению определенного уровня обученности, а скорость приобретения этого навыка выше, чем у пирацетама [10].

Пирацетам и ницерголин способны повышать устойчивость к сбою условнорефлекторной деятельности и улучшать когнитивные функции при экстремальных воздействиях [11]. По данным этих исследований, оба ноотропа оказывают стимулирующее действие на выработку рефлекса двустороннего избегания в челночной камере и его восстановление после экстренного нарушения, вызванного созданием неоднозначности причинно-следственных отношений в экспериментальной среде. Однако динамика действия ницерголина и пирацетама различна: первый проявляет наибольшую ноотропную активность в начале обучения, второй - после третьего введения. В других исследованиях [12, 13] пирацетам (600 мг/кг), анирацетам и меклофеноксат (50-150 мг/кг), а также филексид (10 мг/кг) при условии одноразового перорального введения крысам в течение недели не изменяли показатели реакции избегания в челночной камере, но эффективно противодействовали тормозному влиянию клонидина, либо ингибитора дофамин-оксидазы этилксантогената на формирование этого рефлекса. Следует иметь в виду, что рассматриваемая модель поведения сама по себе создает эмоциональный стресс и аверсивное воздействие в поведении избегания может достичь максимальной выраженности. Вероятно, угнетение выработки УРИ в челночной камере можно рассматривать как проявление антиневротического действия, приводящего к нормализации эмоционально-поведенческого реагирования животных, нарушенного авер-

сивной стимуляцией. В этих условиях нооглутил (N-/5-оксиникотиноил/глутаминовая кислота 20 мг/кг/день в течение 1,5-2 мес) оптимизирует обучение активному избеганию, но не влияет на исследовательское поведение в "открытом поле" и на эмоциональность [14]. Внутривентрикулярное введение амиридина (1 мг/кг) или пирацетама (300 мг/кг) за 30 мин до опыта не ускоряет выработку УРИ в челночной камере и камере Скиннера, но оказывает положительное влияние на ее воспроизведение после разрушения реакции избегания с помощью функционально-стрессовых воздействий (перемена места положения рычага в камере Скиннера и отверстия в челночной камере, либо "сбой" перебежки, не выключающей ток и звук), причем амиридин более эффективен [15]. Многократное введение анирацетама оказывает благоприятное действие не только в условиях стрессового воздействия, но и на процесс приобретения оперантных навыков старыми крысами [16]. В то же время оксирацетам (50 мг/кг/день) или пирацетам (100 мг/кг/день), вводимые перед каждой серией пятидневной выработки рефлекса двустороннего избегания, улучшают выполнение навыка у хорошо и в меньшей степени - у плохо обучающихся мышей [17]. D-пироглутаминовая кислота и пирацетам у 20-месячных крыс при четырехнедельном пероральном введении в дозе 1 г/кг перед началом 15-дневной выработки реакции активного избегания в челночной камере в равной степени улучшали обучаемость, значительно ухудшенную по сравнению с обучаемостью 2-месячных животных [18]; дицикло-эрготоксин (0,01 мг/кг), пирацетам и пиритинол (10 мг/кг), а также меклофеноксат (30 мг/кг) при внутривентрикулярном введении в течение 4 дней устраняли тормозящий эффект этанола на обучение УРИ и улучшали этот навык у крыс с ишемией мозга, вызванной перевязкой левой общей сонной артерии [19]. Действие активаторов познавательных процессов может также зависеть и от условий эксперимента. Так, меклофеноксат (100 мг/кг) при внутривентрикулярном введении на протяжении 7 дней и 5 дней во время обучения крыс избеганию в челночной камере не оказывает влияния на скорость обучения, но достоверно улучшает сохранение памятного следа при тестировании животных спустя 7 дней после окончания обучения. Другая модель поведения (избегания электрического раздражения при опускании с платформы) резистентна только к однократному пятидневному введению меклофеноксата, а двукратная нагрузка им животных облегчает и обучение, и сохранение памятного следа [20].

2. Влияние ноотропных средств на обучение животных в лабиринтах.

Эти модели наиболее адекватны для изучения когнитивных процессов, поскольку создаваемые условия эксперимента в полной мере соответствуют условиям естественной среды обитания грызунов, а хорошо развитая пространственная память крыс позволяет исследовать их поведение в лабиринтах различной степени сложности [6, 21].

Установлено, что в вариантах лабиринтных моделей с использованием аверсивного фона (обучение крыс в 8-лучевом водном лабиринте) пирарцетам и его структурные аналоги улучшают обучение взрослых и старых крыс [22], а также мышей [23]. В других моделях с аверсивной обстановкой (выполнение отставленных реакций чередования рукавов в Т-образном лабиринте) пирарцетам при одноразовом введении в значительном диапазоне доз (100-400 мг/кг) не оказывает существенного влияния на двигательную активность и выполнение условного рефлекса двустороннего избегания [24]. Напротив, в условиях перорального, двукратного в день, систематического введения в течение недели адафеноксата, меклофеноксата, цитихолина и пирарцетама в небольших дозах отмечается дозозависимое улучшение обучаемости и сохранности навыка активного избегания в Т-образном лабиринте при тестировании через 24 часа и 7 дней после его выработки [25]. Изменение модальности подкрепления на место в этом лабиринте (условный пищевой рефлекс) не изменяет оптимизирующих свойств циклических производных ГАМК на когнитивные процессы.

Накоплены данные об эффектах ноотропных средств на обучение в различных модификациях радиального лабиринта, где голодные животные должны последовательно обойти все его рукава и съесть помещенные сюда кусочки пищи. Известно, что по мере тренировки количество попыток, предпринимаемых для нахождения пищи и время, затрачиваемое на выполнение задания, уменьшаются, а решение задач в таком лабиринте практически равноценно поиску пищи в естественной среде обитания и определяется состоянием пространственной памяти, избранной стратегией поведения [6]. Существенным достоинством моделей радиального лабиринта является также возможность одновременной оценки двух форм памяти: рабочей (кратковременной), которую оценивают по количеству повторных ошибочных посещений рукавов и сравнительной (долговременной), оцениваемой по посещению рукавов, в которые

никогда не закладывалась пища [26]. В больших дозах (400 мг/кг/день), в течение 15 дней пирарцетам способен улучшать выработку пищедобывательного пространственного навыка в 8-лучевом радиальном лабиринте у 16-месячных крыс, обучаемость которых была нарушена, но не у 2-месячных животных [27]. Эти результаты находят удовлетворительное объяснение в способности близких структурных аналогов пирарцетама избирательно улучшать краткосрочную рабочую память у старых крыс при воспроизведении навыка поиска пищи в 8-лучевом радиальном лабиринте, но не навыка избавления, реализуемого перебежкой из ярко освещенной площадки в отверстие, ведущее в затемненный туннель [28]. Независимо от возраста винпоцетин не влиял на расстройство когнитивных функций, вызванное бензодиазепинами, но заметно улучшал кратковременную память у добровольцев в тесте на ее сканирование [29]. В условиях хронического 7-дневного введения пирарцетама (7,5-15 мг/кг/день) отмечается существенное снижение выбора крысами рукавов радиального лабиринта не закладываемых пищей [26], что свидетельствует о значительном улучшении долговременной, но не рабочей пространственной памяти. В реализации последней важны, вероятно, NMDA-рецепторы. Об этом свидетельствует ухудшение пищедобывательного рефлекса в радиальном лабиринте в ответ на введение сразу после обучения антагонистов NMDA-рецепторов 5-аминофосфовалериановой кислоты и фенциклидина [30].

3. Влияние ноотропных средств на обучение животных реакции пассивного избегания. Антиамнестическое действие ноотропов.

Выработка и воспроизведение условной реакции пассивного избегания (УРПИ) является одним из наиболее адекватных методов изучения влияния ноотропных средств на процессы обучения и памяти. Суть метода сводится к изгнанию грызунов (крыс, мышей) электроболевым раздражением от электропола из темного отсека установки, куда животные стремятся в силу биологических особенностей своего поведения при помещении их в ярко освещенный отсек установки. Далее следует проверка воспроизведения сохранения выработанной реакции избегания, которая угасает в течение 10-14 дней вследствие естественной амнезии. Последнюю можно ускорить, используя после однократного обучения животных модель ретроградной амнезии, вызываемой путем транскорнеального или битемпорального электросудорожного шока [31]. Этот метод позволяет обосновать не толь-

ко критерии изучения при выработке УРПИ, но и ввода вещества в том числе и с ноотропными свойствами в различные сроки эксперимента (до и после обучения либо перед тестированием выработанного навыка), оценить избирательность их действия на стадиях фиксации, консолидации и хранения и также извлечения следа памяти [5, 32, 33, 34].

Отмечено, что ноотропные средства способны облегчать стадию обработки и фиксации энграммы памяти. Так дефицит выполнения УРПИ у крыс, вызванной гипоксией, предотвращается предварительным введением винлоцетина (3 мг/кг) и анирацетама (30 мг/кг), а винкамин и гидергин не эффективны [35]. УРПИ может быть нарушена депривацией парадоксального сна [36], электролитическим разрушением базальных ядер [37] нетеплового электромагнитного излучения сверхвысокой частотой [38]. Во всех этих случаях экстремального воздействия профилактическое введение пирацетама, оксирацетама, меклофеноксата, ницерголина, нооглютил-мексидола ослабляло или полностью предотвращало развитие амнезии. При введении перед обучением УРПИ милацемида (производное глицина 30 мг/кг), натрия глутамата (400 мг/кг), пирацетама (200 мг/кг) отмечено увеличение количества грызунов (мышей, крыс), которые при тестировании через 24 часа после электроболевого воздействия помнили о нанесенном аверсивном стимуле и не заходили в темный отсек, проводя значительное время в светлой части экспериментальной камеры [39, 40]. Пептидные аналоги пирацетама на основе пироглутаминовой кислоты повышали обучаемость и проявляли антиамнестические свойства при введении их до обучения в дозах на 2-3 порядка более низких, чем пирацетам [41].

НМДА-антагонист кетамин (10 мг/кг) ослабляет антиамнестическую активность пирацетама у мышей в тесте УРПИ и это коррелирует с уменьшением содержания глутаминовой кислоты и соотношением глутамат (ГАМК) [40].

Пирацетам (600 мг/кг), филексид, анирацетам, меклофеноксат (10-100 мг/кг) устраняют нарушение памяти в пассивном избегании только у крыс, которым в неонатальный период был введен 6-оксидофамин и не влияют на обучаемость и память животных, не подвергшихся его воздействию [42]. Эти данные могут свидетельствовать о том, что антиамнестическое действие ноотропных средств реализуется на стадии фиксации следов памяти при участии катехоламинергических систем мозга.

У крыс и мышей можно получить частное или

полное торможение УРПИ при предварительном системном введении скополамина (0,5-3 мг/кг) или гемихолина при его микроинъекции в боковой желудочек мозга либо дорзальный гиппокамп (2-10 мкг). Эта процедура вызывает забывание обучения и животные с коротким латентным периодом заходят в темный отсек камеры [43, 44]. Эта амнезия сопровождается снижением потребления меченной по углероду глюкозы в затылочной, височной и сенсомоторной коре, поясной извилине, вентральном и латеральном таламусе, как это имеет обычно место при болезни Альцгеймера [45]. Пирацетам, этирацетам, оксирацетам, амиридин и такрин а также малотоксичные неантихолинэстеразные фосфоргайические соединения дозозависимо устраняли антероградную амнезию УРПИ этими холиноблокаторами, вводимыми системно или локально в дорзальный гиппокамп, что находило отражение в увеличении латентного времени захода в темный отсек камеры [43, 46, 44, 47, 48].

Амнестическое действие скополамина хорошо моделируется в клинических условиях по ряду нейропсихологических тестов и это неблагоприятное действие на память полностью предупреждается оксирацетамом [49]. Таким образом, ноотропные средства при предварительном режиме введения улучшают показатели обучаемости УРПИ у крыс и мышей, уменьшая время пребывания животных в затемненном отсеке, в которой им накануне наносили болевое раздражение. Вместе с тем они способны в дозах более высоких, чем для профилактики скополаминовой амнезии [50], предупреждать разрушающее действие электрошока на памятный след и снижение им содержания ацетилхолина в мозге [51] как при однократном, так и при длительном применении. Действительно, пирацетам и его пептидные аналоги, анирацетам, прамирацетам, ролцирацетам, меклофеноксат, а также трипептиды, содержащие Д-пипеколиновую кислоту, полностью снимают вызванную электрошоком амнезию при проверке запоминания через 3 и 24 часа после обучения [52, 53, 54, 55].

Адекватным методическим приемом, позволяющим анализировать состояние собственных механизмов энграмм памяти (консолидации и извлечения информации) является воспроизведение навыка в условиях, когда поведение животных при выработке УРПИ не нарушается под влиянием ноотропных средств, что достигается их введением сразу же после обучения или непосредственно перед тестированием [34, 6]. Удалось показать, что пирацетам (400 мг/кг) и пра-

мирацетам (в дозах на порядок ниже) значительно улучшают сохранность следа памяти при тестировании через 24 часа после опыта. Этот эффект не связан с изменением исследовательского поведения крыс и сопровождается значительным увеличением мощности ЭЭГ гиппокампа, вследствие облегчения процессов конвергенции и усиления реверберации [56].

Глутаурин (гамма-глутамил-теурин), вводимый (разу после электросудорожного шока, ослабляет у крыс амнезию навыка пассивного избегания, сохранность которого проверяли через 24 и 48 часов после обучения, а его бездействие за 1 час до тестирования было не эффективно [57]. Эти факты подтверждают значимость в антиамнестическом действии глутаурина его оптимизирующего влияния на стадию консолидации, но не процесса воспроизведения следа памяти. При увеличении возраста крыс наблюдается ухудшение реализации УРПИ, улучшаемого ноотропами [58,59]. Эти различия в поведении, возможно, обусловлены способностью ноотропных средств активизировать собственные долговременные механизмы памяти (консолидацию и извлечение информации), ослабленные у старых животных, действительно, пирацетам (600 мг/кг) и анирацетам (150 мг/кг), вводимые перорально в течение 7 дней сразу после сеанса обучения или за 1 час до тестирования УРПИ, резко увеличивают у 10 и 22-месячных крыс латентный период захода в темный отсек камеры, где накануне наносилось болевое раздражение [59]. Аналогичные критерии получены и для других ноотропов, например пептидного аналога пирацетама (амида-L-пироглутамил-D-аланина). Он существенно уменьшает время пребывания крыс в аверсивном затемненном отсеке экспериментальной камеры и этот эффект дипептида и в отношении УРПИ проявляется на всех этапах его введения [10]. Таким образом, вполне допустимо наличие у этого вещества облегчающего действия в отношении всех фаз обработки энграмм памяти: введения (фиксации), консолидации и извлечения. В подтверждение этой точки зрения установлено, что пирацетам (500мг/кг) при его введении тотчас после обучения, увеличивает скрытый период консолидации памяти, улучшая воспроизведение навыка пассивного избегания у мышей не через 24, а 72 часа [60]. Винлоцетин (18-30 мг/кг) при введении за 1 час до тестирования значительно увеличивал количество животных, выполнявших УРПИ, а гидергин, пемолин (1-10 мг/кг), винкамин, винконат, анирцетам (1-300 г/кг) при приеме внутрь были неэффективны [61] и результаты подтвер-

ждают вывод о том, что винлоцетин улучшает процессы извлечения информации из энграмм памяти.

Таким образом, в основе стимулирующего влияния ноотропных средств на обучение и память лежит различное их действие, не затрагивающее исследовательскую активность, мотивацию, сенсорные и моторные функции, которые сами могут оказать неспецифический позитивный эффект. Используемая сегодня методология изучения ноотропов в эксперименте, базирующаяся на моделировании различных нарушений интегративной деятельности мозга, в том числе и у старых животных, позволяет заключить, что характер их антиамнестического действия неоднороден. Это дает основание выделить из этой группы средства активизирующие ранние фазы обработки информации, улучшающие консолидацию, облегчающие извлечение памятного следа, либо оптимизирующие все фазы обработки энграмм памяти. Такое заключение согласуется с современными тенденциями поиска мишеней действия средств, улучшающих познавательные функции [1, 4, 34, 62].

4. Энцефалопротективное действие ноотропных средств.

Ноотропные средства не только оказывают положительное влияние на высшие психические функции, но и обладают достаточно выраженным метаболическим действием, улучшают энергетический статус нервных клеток, активируют пластические процессы в мозге, повышают его устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов [45, 63]. Это неспецифическое церебропротекторное действие существенно не только при различных нарушениях (аноксия, травма, интоксикация), т.к. доводит обмен веществ, нарушенный патологическим состоянием, до уровня оптимального функционирования нейронов, но и при воздействии комплекса экстремальных факторов, могущих нарушить умственную деятельность здорового человека [2]. Действительно, профилактическое введение ноотропила, оксипина и центрофеноксина в условиях 12-дневной иммобилизации крыс и нанесении им электроболевых раздражений направлено, хотя и в разной степени предотвращает падение содержания АТФ, уменьшение фосфорилирования и снижение активности Na^+ , K^+ -АТФ-азы, улучшая в результате стресс-протективного влияния показатели биоэнергетических процессов в структурах головного мозга [64]. Пирацетам (50 мг/кг/день, в течение 2 дней) также вызывает стабилизацию и защиту высших психических функций, уменьшает основные

патологические проявления стресс-синдрома, защищает церебро-висцеральные системы от функциональных и морфологических стрессогенных нарушений [65]. И пирацетам, и фенибут в этих же дозах повышают устойчивость вестибулярного аппарата при укачивании, вызывая уменьшение локального мозгового кровотока у кроликов в лобной, височной и затылочной областях [66].

Нейрометаболические эффекты ноотропов (улучшение энергетического статуса клеток мозга и усиление ими синтеза РНК и белков) четко выявляются уже и при их однократном применении. Так, пирацетам (300 мг/кг) повышает ферментативную активность дыхательной цепи (НАД-Н-цитохром-с-редуктазы и цитохромоксидазы) только в “тяжелых” внутрисинаптических митохондриях гиппокампа крыс [67]. Именно в этом образовании лимбического мозга отмечена активация пластических процессов за счет интенсификации синтеза РНК и белков. Об этом свидетельствуют опыты, в которых показано, что метилглюкамин оротат, усиливающий обучаемость у крыс в У-образном лабиринте, одновременно повышает у них включение Н³-ацетилглюкозамина в белковую, а не липидную фракцию гиппокампа, но не таламуса и полосатого тела [68], а деметилированные производные этимизола, улучшающие долговременную память, обнаруживают четкую корреляцию с синтезом РНК и белков синапсом в структурах не только гиппокампа, но и коры головного мозга [69].

Дефицит энергообеспечения - основное звено развития патологических процессов, характеризующих старение организма. Препараты с ноотропной активностью, в частности пиринтинол при его хроническом введении, уменьшает возрастное снижение в мозге стареющих крыс плотности холинорецепторов, содержание серотонина и водонерастворимых белков [70]. Старение сопровождается активацией окисления липидов (повышением концентрации маланальдегида и липофусцина гомогенитах коры мозга крыс). Ноотропы, антиоксиданты и ряд псевдопептидов после 2-месячного применения корректировали наблюдаемые нарушения [71], в том числе и изменения липидов синапсомальных мембран [72]. По сравнению с молодыми у 22-месячных крыс адафеноксат оказывает непосредственное воздействие на мозговой метаболизм, ингибируя повышенную активность цАМФ фосфодиэстеразы в коре, гипоталамусе, гиппокампе, но не стриатуме [73]. Таким образом возрастает уровень внутриклеточной цАМФ,

активируется С-фосфофруктокиназа, усиливается поступление продуктов расщепления глюкозы в цикл трикарбоновых кислот, приводящее и конечном итоге к увеличению концентрации и метаболического оборота АТФ, что по мнению ряда исследователей, лежит в основе действия ноотропных средств [2]. Вместе с тем энцефалопротективное действие последнего может быть также обусловлено их антиоксидантными свойствами. Так, в условиях хронического стресса на стадии истощения пирацетам (500 мг/кг), пикамилон (10 мг/кг), а также некоторые новые производные ГАМК предотвращают снижение активности супероксиддисмутазы в митохондриях и эритроцитах, что предохраняет мембраны от накопления продуктов перекисного окисления липидов [74]. Другая модель дезадаптации-длительная депривация сна. У крыс она приводит к генерализованной деструкции клеточных и субклеточных мембран организма, а пирацетам эффективно коррелирует эти мембранно-деструктивные расстройства [75]. Способность предотвращать деграцию фосфолипидной основы клетки (мембранопротекторное действие) пикамилона и некоторых новых производных ГАМК превосходит эффект пирацетама в условиях стресса, но это сопровождается способностью этих средств нормализовать работу Na⁺, K⁺ насоса, активность 5'-нуклеотидазы и стимулировать белковую компоненту мембраны [74]. Последнее показано не только в условиях дезадаптации, но и у интактных крыс при условии ежедневного, на протяжении 30 дней введения пирацетама [76].

Нейрометаболическим эффектам средств, обладающих нейротропными свойствами, соответствуют ультраструктурные особенности изменений некоторых отделов головного мозга. Так, при хроническом 14-дневном введении аминалона (дважды в сутки с кормом) обнаружены ультраструктурные перестройки нейронов лимбической коры, латерального ядра гипоталамуса у дорзального гиппокампа, голубого пятна, ядер шва и ретикулярной формации варолиева моста, носящие компенсаторно-приспособительный характер и свидетельствующие о том, что под влиянием пирацетама усиливаются биосинтетические процессы [77]. Последний способен, как полагают, увеличивать количество синапсов в некоторых отделах головного мозга, т.к. индуцирует в нейронах сенсомоторной коры, гиппокампа и центрального серого вещества образование многочисленных окаймленных везикул. Одновременно под плазмолеммой нервных клеток формируются субповерхностные

цистерны, а межнейронные контакты характеризуются длительным возбуждением [78].

Один из факторов, вызывающих нарушение энергетических и нейромедиаторных процессов в мозге, является гипоксия, ведущая к ухудшению функций высшей нервной деятельности. Это состояние у 50-дневных крыс со 2 по 6 день постнатального периода, приводит к ухудшению выработки активного избегания и выработки рефлекса при длительном стрессировании [54]. Потомство крыс, перенесших пренатальную гипобарическую гипоксию [79], отвечает на это воздействие замедлением роста массы тела и нарушением воспроизведения УРПИ. Описанные изменения поведения, как и торможение выброса дофамина из срезов гиппокампа и полосатого тела, предупреждаются пиритинолом, вводимым за 30 мин до сеанса или после всей серии гипобарической гипоксии [54]. Нагрузка крысят пирацетамом (200 мг/кг) с 8 до 20 день жизни нормализует их физическое развитие и коррелирует нарушение мнестических функций потомства [79].

Экспериментальная ишемия мозга вызывает повреждение поля СА₁ гиппокампа и амнезию навыка пассивного избегания, одновременно при ней снижается активность холинацетилазы в коре больших полушарий и глутаматдекарбоксилазы в гипоталамусе [80, 81, 82], увеличивается число ошибок и время достижения пищевого подкрепления в лабиринте [83]. На этой модели ацетил-L-карнитин, S-аденозил-L-метионин, нейрацетам, меклофенаксат и нооглутил оказывают положительное действие на память, восстанавливая нарушенные остановкой кровообращения мнестические функции. Однако выраженность ноотропного эффекта не находится в пропорциональной зависимости от степени антигипоксических свойств и между антиамнестическим и противогипоксическим эффектами веществ, обладающих ноотропными свойствами, отсутствует корреляционная связь [84].

Таким образом, базисными для оценки ноотропных веществ являются не модели различных гипоксий, а модели экспериментальных амнезий и, следовательно, механизмы их антигипоксического и мнестического эффектов не идентичны. Тем не менее этимизол также обладает антигипоксическим действием и при этом эффективно устраняет амнезию, в механизме развития которой и имеет место гипоксический компонент [85]. От других ноотропов со сходным действием (меклофенаксат, пирацетам) этимизол выгодно отличает высокая эффективность при однократном введении. В то же время ноог-

лутил превосходит по антиамнестическому и противогипоксическому действиям пирацетам, меклофенаксат, деманол, ацеглюмат, этимизол и не уступает анирацетаму [86].

Как известно, гипоксия мозга характеризуется расстройством энергетического баланса нервных клеток, снижением уровня моноаминов и скорости их метаболизма, нарушением фосфолипидной пероксидации и функционирования поврежденных мембран, накоплением лактата [I] в мозговой ткани. Антигипоксанты с ноотропной активностью нормализуют процессы перекисного окисления липидов [II], усиливают синтез фосфолипидов мозга, оказывающего в условиях аноксии защитное действие на поврежденные белково-липидные структуры мембран нервных клеток [87]. Одновременно они способны предотвращать накопление лактата через механизмы участия НАД в восстановлении янтарного полуальдегида в ГАМК с последующим метаболизмом лактата [3].

Энцефалопротективное действие ноотропных средств отчетливо проявляется на моделях экспериментальной интоксикации животных и травм головного мозга. Так, у потомства, рожденного алкоголизированными самками, отмечается выраженное отдаленное нарушение памяти, эмоциональная гиперреактивность, дефицит ГАМК-ергического торможения, устраняемые пирацетамом и (оксибутиратом натрия [31, 88]. Показано также, что пептидные аналоги пирацетама, в частности амид-L-пироглутаминил-D-аланин в условиях модельных нарушений высших интегративных функций мозга у потомства крыс, подвергшегося антенатальной алкоголизации является мощным корректором функциональных нарушений при алкогольных эмбриоэнцефалопатиях [89]. Этот пептидный аналог (1 мг/кг) как и пирацетам (100 мг/кг), способен коррегировать глубокие нарушения условнорефлекторной деятельности у крыс, перенесших лобэктомия и оказывать облегчающее влияние на восстановление условного рефлекса активного избегания [90]. На модели открытой черепно-мозговой травмы у крыс недавно показано, что фенибут (50 мг/кг), пикамилон (500 мг/кг), пирацетам (1 г/кг) и оксибутират натрия (200 мг/кг) уменьшают развитие отека-набухания головного мозга во все стадии посттравматического периода за счет коррекции энергетического метаболизма [91].

5. Нейрохимические механизмы действия ноотропных средств.

В настоящее время накоплено достаточное количество экспериментальных фактов, свиде-

тельствующих о влиянии ноотропных веществ на моноаминергические механизмы мозга. В опытах на крысах установлено, что при однократном, а в большей степени при хроническом введении пирацетама, анирацетама, меклофеноксата и его адамантильного аналога-адафеноксата, цитидиндифосфата холина изменяется как содержание в мозге моноаминов, так и их метаболический кругооборот. Все исследуемые вещества увеличивали содержание 5-окситриптамина (ОТ) во фронтальной коре на 60-250%, при этом метаболический кругооборот ОТ во фронтальной коре возрастал [92]. В полосатом теле исследуемые вещества снижали содержание ОТ и уменьшали его метаболический кругооборот, а в других структурах мозга не оказывали выраженного влияния на ОТ-ергические механизмы мозга [92, 93]. Способность ноотропных веществ усиливать синтез и импульсное высвобождение ОТ в неокортексе возможно связано с антиамнестическим действием ноотропов. В пользу такого представления свидетельствуют наблюдения, в которых установлено, что мутантные по гену, определяющему синтез альфа-кальмодулинзависимой протеинкиназы П, мыши неспособны к обучению в связи с нарушением в системе синтеза и высвобождения ОТ [94].

Ноотропные средства, особенно при повторных введениях, оказывали выраженное влияние на обмен дофамина (ДА) в ЦНС. Так, пирацетам, анирацетам, меклофеноксат, ацефеноксат, пиритинол, цитидиндифосфат холина повышали уровень и метаболический оборот ДА в неокортексе [92, 93], т.е. под действием ноотропов усиливается синтез и импульсное высвобождение ДА. Имеются и прямые доказательства того, что ноотропы усиливают Ca^{2+} -зависимое высвобождение ДА. В опытах на срезах полосатого тела крыс установлено, что ослабление высвобождения ДА, вызываемое избытком K^+ , в условиях снижения внеклеточной концентрации Ca^{2+} в 4 раза и после воздействия гипобарической гипоксии (5-12% O_2 , 18 часов), нормализуется при однократном и особенно хроническом введении пирацетама [95].

Вызываемое ноотропными веществами усиление синтеза и высвобождения ДА может иметь отношение к антиамнестическому действию ноотропов. Важнейшим параметром поступающей в мозг информации является ее новизна. Новая информация быстро запоминается, хорошо воспроизводится, но и быстро забывается, если не несет признаков эмоциогенности за счет механизма латентного торможения [96].

Установлено, что в основе латентного торможения лежит ослабление высвобождения ДА в структурах неокортекса и прилежащем ядре перегородки [97]. В опытах на кошках установлено, что усиление высвобождения ДА в неокортексе с помощью ингибитора его обратного захвата бупропиона и либоратора ДА мидантана восстанавливало условнорефлекторную реакцию, которая была угашена многократной экспозицией нейтрального стимула; напротив, блокатор постсинаптических ДА рецепторов галоперидол ускорял угашение условнорефлекторной реакции [97, 98]. Можно думать, что способность ноотропов усиливать импульсное высвобождение ДА из пресинаптических окончаний препятствует действию латентного торможения и облегчает обучение и формирование следов памяти.

Ноотропные вещества не оказывают однозначного влияния на обмен норадреналина (НА) в структурах головного мозга. Установлено, что меклофеноксат и адафеноксат снижали содержание НА в неокортексе, но повышали уровень данного биогенного амина в стриатуме, пирацетам и анирацетам не оказывали влияния на содержание НА в упомянутых структурах. Пирацетам, анирацетам и меклофеноксат, либо не влияли, либо незначительно угнетали метаболический оборот НА во фронтальной коре и стриатуме [92]. При хроническом введении пирацетама наблюдали увеличение плотности бета-адренорецепторов в коре мозга крыс, что возможно отражает уменьшение процесса импульсного высвобождения НА [99].

В большей степени исследовано влияние ноотропных веществ на обмен ацетилхолина (Ах) в ЦНС. Холинергическая иннервация нейронов неокортекса, основным источником которой являются нейроны базального ядра Мейнерау, во многом определяет пластические свойства синаптического аппарата неокортикальных нейронов. В опытах на обездвиженных крысах установлено, что ионофоретическая аппликация к нейронам глубоких слоев неокортекса Ах и М-холиномиметиков -оксотреморина, Мс N-A-343 и оксотремерина М вызывала усиление импульсной активности нейронов и их ответов на основной медиатор синапсов неокортекса-глутамат, причем потенциация ответов развивалась через 3-10 мин после аппликации холиномиметиков и сохранялась до 2 часов; потенцирующее влияние холиномиметиков ослаблялось селективным блокатором M_1 -холинорецепторов пирензепином [100]. В опытах на срезах гиппокампа крыс агонист M_1 -холинорецепторов вызывал

прирост амплитуды синаптических потенциалов и этот эффект предотвращался пирензепином [101]. Установлено, что ноотропные средства -производные пирролидона (пирацетам, анирацетам, окирацетам), пироглутаминовая кислота, винпоцетин, фосфатидилсерин и др. активируют холинергическую систему мозга [102]. Для всех этих препаратов установлена способность предупреждать снижение концентрации Ах скополамином, вызывающим явления антероградной амнезии у животных; некоторые ноотропы предотвращают вызываемое гемихолинием угнетение синтеза Ах [102]. Оксипирацетам в дозе 30 мг/кг внутрибрюшинно усиливал высвобождение Ах в неокортексе, стриатуме, гиппокампе [103]. Установлено, что ноотропные средства улучшают обмен предшественника Ах-холина в тканях головного мозга. Холин, образующийся большей частью во внеклеточной жидкости синаптической щели под действием ацетилхолинэстеразы, захватывается эндотелием сосудов и этот процесс регулируется холинергической иннервацией эндотелиальных клеток, причем введение скополамина сопровождается потерей холина путем поступления его в кровяток в обонятельных луковицах, неокортексе, стриатуме, гиппокампе, гипоталамусе, таламусе [104]. Пирацетам и прамирацетам в дозе 100 мг/кг улучшали мозговое кровообращение и предотвращали потерю холина из различных структур мозга, обусловленную действием скополамина [104]. В этом плане действие ноотропов на эндотелиальные клетки внешне подобно влиянию на них холинергических нервов, которое опосредованно активацией мускариновых холинорецепторов. Более того, установлено, что некоторые ноотропы, например, небрацетам обладают холиномиметическим действием [105]. Один из возможных путей влияния ноотропов на холинергические механизмы мозга - усиления захвата холинергическими нейронами холина и синтеза Ах. В опытах на синаптосомах из коры и гиппокампа крыс установлено, что оксипирацетам, прамирацетам, пиритинол усиливали натрий-зависимый захват ^3H -холина [106, 107]. Меклофеноксат, напротив, ослаблял захват холина, конкурируя с последним за участки связывания холина в мембранах пресинаптических окончаний [108]. Установлено также, что аналоги пирацетама и пантоил-ГАМК увеличивали активность холинацетилтрансферазы в коре мозга и гиппокампе, но не в полосатом теле [109].

Помимо этого выявлено модулирующее влияние ноотропов на плотность М-холинорецеп-

торов в мембранах нейронов переднемозговых структур. При старении животных плотность М-холинорецепторов в мембранах нейронов коры и гиппокампа, оцениваемая параметрами специфического связывания холинергических радиолигандов снижалась почти на 25%. В этих условиях хроническое введение пирацетама и других ноотропных веществ приводило к увеличению плотности холинорецепторов до уровня молодых животных [110, 111, 112]. Хроническое введение пирацетама в дозе 500 мг/кг в течение 2 недель приводило к увеличению плотности М-холинорецепторов в нейронах коры молодых животных на 13% и на 35% у "старых" крыс; однократное введение пирацетама крысам не оказывало влияния на плотность холинорецепторов в мембранах нейронов [113].

Таким образом, ноотропные вещества облегчают холинергическую нейротрансдукцию в переднемозговых структурах путем усиления синтеза Ах, ростом его импульсного высвобождения и увеличения количества постсинаптических М-холинорецепторов. Холино-позитивный компонент в действии ноотропов является важным, но не ведущим в их антиамнестическом действии. Об этом свидетельствуют клинические наблюдения, согласно которым ноотропные средства малоэффективны при амнестическом синдроме, имеющем холинергическую природу, при болезни Альцгеймера [114].

Ноотропные вещества оказывают выраженное влияние на аминокислотергические нейромедиаторные системы мозга. Пирацетам является циклическим производным ГАМК. Более того сама ГАМК и ряд ее производных - фенибут, никотиноил ГАМК, пантоил ГАМК, а также структурный аналог ГАМК-натрия оксипирилат обнаруживают выраженную антиамнестическую активность в различных моделях амнезий [1]. Пирацетам подобно ГАМК -позитивным веществам обнаруживает противотревожное действие [115]. Однако установлено, что при метаболизме пирацетама не происходит разрыва пирролидинового кольца и превращения пирацетама в линейную ГАМК. Более того установлено, что при однократном введении пирацетам не оказывал прямого влияния на ГАМК-ергические синапсы ЦНС, как на пре-, так и на постсинаптическом уровне [99]. В радиолигандных исследованиях установлено, что пирацетам в микромолярных концентрациях не влиял на процессы специфического связывания лигандов ГАМК_A-, центральных и периферических бензодиазепиновых рецепторов [116]. Следовательно, ноотропные вещества-производные пирролидона, не

оказывают влияния на систему ГАМК-ергической нейротрансмиссии в ЦНС.

В то же время остается неясной природа антиамнестической активности производных и аналогов ГАМК. С одной стороны, установлено, что бензодиазепины, которые потенцируют опосредуемое ГАМК_A-рецепторами Cl⁻-зависимое торможение, особенно в высоких дозах, вызывают нарушение обучения и памяти у животных и человека [117]. С другой стороны, показано, что конкурентные (бикукуллин) и неконкурентные (пикротоксин) блокаторы ГАМК_A-рецепторов, а также конкурентные блокаторы центральных бензодиазепиновых рецепторов (флумазенил) и некоторые инверсивные агонисты бензодиазепиновых рецепторов, обладающие анксиогенным действием, проявляют способность улучшать процессы обучения и памяти [118, 119, 120].

Поскольку анксиолитическое действие натрия оксипропионата и пантоил-ГАМК устраняется пикротоксином и бикукуллином, следует признать, что эти вещества обладают ГАМК_A-позитивным действием. Однако это не исключает их вероятного влияния на другую популяцию - ГАМК_B-рецепторы. Это представляет определенный интерес, поскольку имеются данные о том, что антиамнестическая активность бесхлорного аналога баклофена-фенибута связана с влиянием на ГАМК_B-рецепторы. В опытах на срезах гиппокампа крыс показано, что селективный антагонист ГАМК_B-рецепторов-баклофен в микромолярных концентрациях вызывал длительную потенциацию популяционных спайков нейронов зубчатой извилины, вызываемых электрической стимуляцией перфорантного пути, угнетал возвратное торможение, облегчал вызываемую изопропилнорадреналином длительную потенциацию популяционных спайков и вызывал генерацию множественных спайков в ответ на одиночное раздражение перфорантного пути [121, 122]. Считают, что растормаживающее влияние баклофена на синаптическую передачу в ЦНС обусловлено торможением активности ГАМК-ергических интернейронов и/или их аксонных терминалей.

В радиолигандных исследованиях установлено, что пирарцетам в концентрации 1 мМ и более вытеснял 3H-глутамат из участков специфического связывания в мембранах неокортекса мышей [123]. Обладающая антиамнестическим действием пироглутаминовая кислота подобно пирарцетаму в микромолярных концентрациях вытесняла глутамат из участков его специфического связывания в мембранах нейронов передне-

мозговых структур [124]. Эти данные указывают на то, что ноотропные вещества влияют на функцию глутаматных синапсов в ЦНС.

По современным представлениям глутаматергические синапсы являются доминирующими в переднемозговых структурах - неокортексе, гиппокампе, полосатом теле [125]. Выделяющийся из аксонных терминалей глутамат взаимодействует с постсинаптическими глутаматными рецепторами, которые делят на 2 группы - ионотропные и метаботропные глутаматные рецепторы (ГР). Ионотропные ГР представлены двумя группами. Одна группа ионотропных ГР селективно взаимодействует с альфа-амино-3-гидрокси-5-метил-4-изоксазолпропионовой кислотой (AMPA) - AMPA-ГР; другая группа ионотропных ГР селективно взаимодействует с (N-метил-D-аспарагиновой кислотой (НМДА) - НМДА-ГР [126]. Кроме того, описано 8 типов метаботропных (m) ГР, часть из которых имеет постсинаптическую локализацию [126]. AMPA ГР опосредуют генерацию быстрых ВПСП, осуществляющих межнейронную передачу; НМДА ГР в нормальных условиях в минимальной степени участвуют в генерации быстрых ВПСП, но эта популяция ГР вовлечена в пластические перестройки центральных синапсов [126]. Роль mГР в синаптической передаче окончательно не выяснена, не исключают их участия в пластических феноменах в центральных синапсах [126].

Важнейшим эффектом, выявленным у пирарцетама, который во многом определил его дальнейшую судьбу, является его способность облегчать межполушарную передачу, что проявляется ростом амплитуды корковых вызванных транскаллозельных потенциалов [127]. Этот эффект воспроизводится и другими ноотропами с некоторыми индивидуальными особенностями препаратов: производные пирролидона увеличивают амплитуду всех компонентов; подобное, но более слабое действие оказывал пиритинол, а меклофеноксат и клерегил влияли только на P₁ и N₁ компоненты вызванного транскаллозельного потенциала [128, 129]. Таким образом, способность веществ, обладающих ноотропной активностью, улучшать передачу информации внутри полушарий и между полушариями головного мозга может обеспечить их оптимизирующее влияние на процессы обучения и памяти у животных и человека. Синаптические механизмы этого явления были изучены в последние годы.

В опытах на асцитах лягушек, которые после инъекции в них мРНК мозга морских свинок экспрессировали AMPA ГР, было установлено,

что анирацетам в концентрациях 1 мм и более увеличивал ионные трансмембранные токи, опосредуемые активацией АМРА ГР [130]. Подобные результаты были получены на пирамидных нейронах гиппокампа мышей [131]. Детальный анализ этого процесса показал, что ноотропы - производные пирролидона не увеличивают сродства АМРА ГР к медиатору-глутамату, но ослабляют “затухание”* трансмембранных ионных токов, индуцируемых АМРА ГР и способствует увеличению времени проводящего состояния ионных каналов АМРА ГР [123].

В то же время пирацетам в меньших, т.е. микромолярных концентрациях увеличивает амплитуду быстрых ВПСР, причем действие его даже при нанесении на срезы мозга развивается медленно и сохраняется длительное время после удаления пирацетама из среды. Все это может указывать на возможное вовлечение в действие ноотропов вторичных посредников. В опытах на срезах гиппокампа крыс установлено, что потенцирующее слияние пирацетама и других ноотропов на опосредуемые активацией АМРА ГР ответы нервных клеток связаны с активацией дротейнкиназы С и Ca^{2+} -кальмодулинзависимой протеинкиназы 2 [133]. Однако пути активации ноотропами дротейнкиназы еще не установлены.

Исследователи не пришли к однозначному мнению относительно влияния ноотропных веществ на НМДА ГР. Одни авторы не обнаружили влияния ноотропных веществ на ответы нервных клеток, опосредуемые активацией НМДА ГР [130, 134]. Другие авторы установили, что ряд ноотропных веществ, включая винпоцетин, ницерголин и др., угнетают трансмембранные токи, вызываемые активацией НМДА ГР [134, 135]. По данным третьей группы исследователей ноотропы облегчают эффекты активации НМДА ГР [136,137]. Наконец, имеются данные о том, что пирацетам при хроническом введении нормализует плотность НМДА ГР в мембранах нейронов неокортекса у “старых” крыс, у которых количество НМДА ГР на 30% ниже по сравнению с молодыми животными [138]. Влияние ноотропных веществ на эффекты, опосредуемые активацией мГР не изучалось.

Большинство исследователей в настоящее время считают, что синаптическим коррелятом обучения и формирования памятных следов является феномен длительной посттетанической потенциации (ДПТП). Действительно, мутантные животные, у которых нарушено формиро-

вание ДПТП в гиппокампе обнаруживают существенный дефицит пространственного обучения и памяти [94, 139]. Впервые явления ДПТП было обнаружено в гиппокампе кроликов и проявилось тем, что тетаническое раздражение пресинаптических входов, вызывало увеличение амплитуды синаптических ответов, которое сохранялось в течение нескольких суток [140]. ДПТП особенно хорошо воспроизводится при надпороговой стимуляции синаптических входов при частотах 50-400 Гц, в то же время наблюдается отсроченное проявление ДПТП при низкочастотной (1-5 Гц) тетанической стимуляции синаптических входов [141]. Различают две основные формы ДПТП: -НМДА-зависимая и НМДА-независимая [142]. Первая форма ДПТП экспрессируется в гиппокампе, неокортексе, ряде других структур. Эта форма ДПТП не возникает на фоне нарушения функции НМДА ГР при использовании конкурентных и неконкурентных блокаторов НМДА ГР [143]. НМДА-независимая форма ДПТП описана в синапсах, образованных пирамидными нейронами области СА3 гиппокампа и мшистыми волокнами, в некоторых ядрах миндалевидного комплекса [144]. Обе формы ДПТП возникают при условии синаптической активации мГР, в присутствии блокаторов мГР тетаническое раздражение пресинаптических входов не вызывает индукции ДПТП [145].

Механизмы индукции и экспрессии ДПТП окончательно не выяснены. Пусковым механизмом любой формы ДПТП является повышение внутринейрональной концентрации Ca^{2+} , который через систему вторичных посредников повышает хемосенситивность АМРА ГР, что приводит к увеличению амплитуды синаптических ответов [142]. Помимо этого, при участии сложно организованной системы внутриклеточных и ретроградных межклеточных посредников происходит усиление импульсного высвобождения медиатора (глутамата) из пресинаптических окончаний [146].

Влияние ноотропных веществ на НМДА-зависимую форму ДПТП сводится к трем эффектам. В условиях индукции ДПТП синаптической передачи, которая не достигает состояния насыщения, ноотропные средства вызывают увеличение продолжительности данного синаптического пластического феномена [147, 148, 149]. В условиях экспрессии ДПТП синаптической передачи ноотропные вещества вызывают при-

* Если на дендриты пирамидных нейронов гиппокампа, где на постсинаптических мембранах сосредоточены АМРА ГР, апплицировать из микропипетки глутамат в течение 10 мс, то возникающий при этом трансмембранный ток длится всего 2-3 мс - происходит десенситизация или “затухание” тока.

рост амплитуды опосредуемых АМРА ГР быстрых ВПСП нейронов, которое выражено в меньшей степени по сравнению с влиянием на амплитуду ВПСП в отсутствие ДПТП, причем производные пирродидона наименее активны [147, 150]. Наконец, характерное свойство ноотропов - их способность облегчать индукцию ДПТП синаптической передачи при воздействии тетанической стимуляции, не вызывающей индукции ДПТП в контроле, т.е. снижение порога индукции ДПТП [150]. Ноотропные средства способствуют индукции ДПТП в условиях нарушения жизнедеятельности нервных клеток [151].

Аналогичное влияние оказывают ноотропные вещества на НМДА-независимую форму ДПТП-увеличивают продолжительность экспрессии ДПТП и снижают порог ее индукции [152, 153].

Механизмы облегчающего влияния ноотропов на индукцию и экспрессию ДПТП синаптической передачи не выяснены. Имеются данные, что влияние ноотропных веществ на индукцию и экспрессию ДПТП сходно с влиянием предшествующей тетаническому раздражению пресинаптических входов их низкочастотной стимуляции, при которой происходит преимущественная активация мГР [154, 155]. Поскольку при активации мГР происходит изменение обмена вторичных посредников (инозитолполифосфаты, Ca^{2+} , диацилглицерин) в нервных клетках [126], и эти же эффекты присущи ноотропным веществам [133], возможно, что изменение ноотропными веществами обмена вторичных посредников в нейронах лежит в основе облегчающего влияния ноотропов на индукцию и экспрессию ДПТП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина Т.А.// Фармакол. и токсикол.-1991.- т. 54.- С. 6 - 11.
2. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. Волгоград, 1990.- 368 с.
3. Fischer H., Wustmann S., Rudolph E.// Z. Klin. Med.- 1987.- vol. 42.- p. 1077 - 1080.
4. Allain H., Boyer P., Kossman L. et al.// Pharmacopsychiatry.- 1990.- vol. 23.- P. 49 - 51.
5. Шабанов П.Д., Бородин Ю.С. Нарушения памяти и их коррекция. Л., 1989. - 127 с.
6. Schindler U. //Progr. Neuro - Psychopharmacol. - 1989. - vol. 13. - P. 99-115.
7. Jaiswal A., Upadhyay S., Bhattacharya S.// Indian. J. Exp. Biol.- 1990.- vol. 28. - P. 609 - 615.
8. Petkov U., Kehayou R.// Acta Physiol. Pharmacol. Bulg. - 1987. - vol. 13. - P. 30 - 36.
9. Kuribara H., Tadokoro S.// Jap. J. Pharmacol. - 1988. - vol. 48. - P. 494 - 498.
10. Островская Р.У., Гудашева Т.А., Иноземцев А.Н. и др.// Бюлл. эксперим. биол.// 1987. - т. 104. - С. 576 - 579.
11. Прагина Л.Л., Воронина Т.А., Иноземцев А.Н. и др.// Экспер. и клин. фармакол. - 1990. - т. 53. - С. 8 - 10.
12. Lazarova-Bekarova M., Genkova-Papasova M.// Meth. Find. Exp. Clind. Pharmacol. - 1989. - vol. 11. -P. 235 - 239.
13. Genkova-Papasova M., Lfzarova-Bekarova M.// Acta Physiol. Pharmacol. Bulg. - 1991. - vol. 17. - P. 75 - 83.
14. Гарбцова Т.Л., Хромова И.В., Воронина Т.А. и др. // Гериатр. средства: эксперим. поиск и клин. использов. - Киев, 1990. - С 43 - 44.
15. Буров Ю.В., Иноземцева А.Н., Прагина Л.Л. и др. // Бюлл. эксперим. биол.- 1993. - т. 115. - 155 - 157.
16. Ikeda Y., Tanabe S., Takatoh M.// Progr. Neuro-Psychopharmacol. - 1989. - vol. 96. - P. 305.
17. Sansone M., Oliveiro A.// Psychjpharmacology. - 1988. - vol. 13. - P. 89-97.
18. Cenni A., Puliti R., De Rejis M. et al.// Drug Dev. - 1988. vol. 1. - P. 157 - 162.
19. Hoffmann w., Rostok A., Siegemund C. et al. // Wiss. Beitr. M. -1989. - vol. 116. -P. 114 - 122.
20. Mosharrof A., Yonkov U. et al. // Acta Physiol. Pharmacol. Bulg. - 1986. - vol. 12. - P. 7 - 14.
21. Heise G. // Trends Pharmacol. Sci. - 1987. - vol. 8. - P. 65 - 68.
22. Pozzi O., Magnani M., Biagetti R. et al. // Pharmacol. Res.- 1990. - vol. 22. - P. 413.
23. Petkov U., Lazarova M., Belcheva S. et al.// Acta Physiol. Pharmacol. Bulg. - 1991. - vol. 17. - P. 61 - 74.
24. Ennaceur A., Delacour J.// Psychopharmacology. - 1987.- vol. 92.- P. 58 - 67.
25. Petkov U., Mosharrof a.// Arzneim.- Forsch.- 1989.- vol. 39.- P. 1133 - 1136.
26. Murray C., Fibiger H.// Psychopharmacology.- 1986. - vol. 89.- P. 378 - 381.
27. Canonico P., Aronica E., Aleppo G. et al.// Funct. Neurol.- 1991.- vol.- 6.- P. 107 - 111.
28. Barnes C., Eppich C., Rao G.// Neurobiol. Aging.- 1989.- vol. 10.- P. 337 - 341.
29. Batti J., Hindmarh I.// Int. Clin. Psychopharmacol.- 1987.- vol. 2.- P. 325 - 331.
30. Danysz W., Wroblewski J., Costa E.// Neuropharmacology.- 1988.- vol. 27.- P. 653 - 656.
31. Трофимов С.С., Смольникова Н.М., Гудашева Т.А. // Оценка фармакол. активности хим. соединений.- М., 1989.- С. 239
32. Круглов Р.И. Нейрохимические механизмы обучения и памяти.- М., 1981.- 211 с.
33. Бородин Ю.С., Зайцев Ю.В.// Физиол. журн. СССР.- 1984.- т. 70.- С. 983 - 989.
34. Allan H., Moran P., Bentue-Ferrer D. et al.// Arch. Gerontol. Geriatr.- 1989.- vol. 8.- P. 1123 - 1128.
35. De Noble U., Repetti S., Gelpke L. et al.// Pharmacol. Biochem. Behau.- 1986.- vol. 24.- P. 109 - 120.
36. Маркина Н.В., Неробкова Л.Н., Воронина Т.А. // Актуальные вопросы эксперимент. и клинич. фармакол. Смоленск, 1994.- С. 79 - 80.
37. Simonic A., Zupan G., Mrzic J.// Yugoslav. Physiol. Pharmacol. Asta.- 1989.-vol. 25.- P. 431 - 435.
38. Яснецов В.В., Попов В.М., Блинов М.В. и др.// Актуальные вопросы эксперимент. и клинич. фармакол.- Смоленск, 1994.- С. 142 - 143.
39. Handelman G., Nevins M., Mueller L. et al.// Pharmacol. Biochem. Behau.- 1989.- vol. 34.- P. 823 - 828.
40. Zhang Li-Hui, Zhang Shi.// Acta Pharmacol. Sin.- 1991.- vol. 12.- P. 145 - 147.
41. Островская Р.У., Гудашева Т.А., Трофимов С.С. и др.// Физиол. и биохимия глутаматергич. синапсов.- Л., 1989.- С. 152 - 164.
42. Lazarova M., Genkova M.// Dokl. Bulg. an.- 1989.- vol. 42.- P.99 -102.
43. Franklin S., Sethy U., Tang A.// Pharmacol. Biochem Dehav.- 1986.- vol. 25.-P. 925 - 927.
44. Horvath K., Szentkuti E., Andradi F.// J. Neural. Transmiss.- 1989.- vol. 1.- P. 78.
45. Piercey M., Vogelsang G., Franklin S. et al.// Brain Res.- 1987.- vol. 424.-P. 1 - 9.
46. Lenegre A., Avril J., Potsoll R.// Psychopharmacology.- 1988.- vol. 96.- P. 535.
47. Буров Ю.В., Робакидзе Т.Н., Кадашева Л.В.// Бюлл. эксперим. биол.- 1991.- т. 111.- С. 612 - 614.
48. Хафизьянова Р.Х.// Казан. мед. журн.- 1994.- т. 75.- С7 169 -171.
49. Franceschi M., Aiberoni M., Bressi S. et al.// Pharmacol. Res.- 1990.- vol. 22.- P. 214.
50. Pozzi O., Allievi E., Biagetti R. et al.// Ibid.- 1988.- vol. 20.- P. 315.
51. Bhattacharya S., Upadhyay S., Yaiswal A.// Indian J. Exp. Biol.- 1993.- vol. 31.- P. 822 - 824.

52. Lazarova M., Mosharraf A., Petkov U. et al. // *Acta Physiol. Pharmacol. Bulg.* - 1987. - vol. 13. - P. 11 - 17.
53. Lazarova M., Petkov U., Markovska U. et al. // *Meth. Find. Exp. Clin. Pharmacol.* - 1986. - vol. 8. - P. 547 - 552.
54. Lun A., Grentzmann H., Wustmann C. et al. // *Biomed. Biochem. Acta.* - 1989. - vol. 48. - P. 237 - 242.
55. Felegdy G., Kovacs G., Szabj G. et al. // *Activ. Nerv. Super.* - 1988. - vol. 30. - P. 211 - 214.
56. Mondadori C., Petschke F., Hausler A. // *Pharmacopsychiatry.* - 1989. - vol. 22. - P. 102 - 106.
57. Balazs M., Felegdy G. // *Neuropeptides.* - 1988. - vol. 12. - P. 55 - 58.
58. Petkov V., Belcheva S., Stoyanova V. et al. // *Acta Physiol. Pharmacol. Bulg.* - 1990. - vol. 16. - P. 35 - 42.
59. Petkov V., Mosharraf A., Petrov V. et al. // *Ibid.* - 1990. - vol. 16. - P. 28 - 36.
60. Bhattacharya S., Upadhyay S., Jaiswal A. et al. // *Indian J. Exp. Biol.* - 1993. - vol. 31. - P. 898 - 901.
61. De Noble V. // *Pharmacol. Biochem. Behav.* - 1987. - vol. 26. - P. 183 - 186.
62. Sarter M. // *Neuropsychobiology.* - 1986. - vol. 15. - P. 192 - 200.
63. Nicholson C. // *Biochem. Soc. Trans.* - 1989. - vol. 17. - P. 83 - 85.
64. Борисюк Б.Б., Кресюн В.И. // *Фармакология ноотропов.* - М., НИИ Фармакологии. - 1989. - С. 91 - 98.
65. Виноградов В.М., Клишов А.А., Катков В.Ф. и др. // *Фармакол. и токсикол.* - 1987. - т. 50. С. 14 - 16.
66. Скоромный Н.А., Бекетов А.И. // *Там же.* - 1991. - т.54. - С. 21 - 23.
67. Villa R., Arnaboldi R., Gorini A. et al. // *Pharmacol.* - 1989. - vol. 44. - P. 215 - 226.
68. Popov N., Acosta P., Fischmeier H. // *Biomed. Acta.* - 1990. - vol. 49. - P. 393 - 398.
69. Рейхардт Б.А., Белявцева Л.М., Куликов О.Г. // *Бюлл. эксперим. биол.* - 1992. т. 113. - С. 506 - 508.
70. Costall B., Barnes J., Hamon M. et al. // *Pharmacopsychiatry.* - 1990. - vol. 23. - P. 85 - 88.
71. Voronina T.A., Cuterova O.A., Zolotov N.N. et al. // *Eur. J. Pharmacol.* - 1990. - vol. 183. - P.2369.
72. Буров Ю.В., Кадышева Л.В., Воронин А.Е. // *Бюлл. Всес. научн. центра по безопасн. БАВ.* - 1991. - N 2. - С. 4-10.
73. Stancheva S., Alova L. // *Gen. Pharmacol.* - 1991. - vol. 22. - P. 955-958.
74. Кресюн В.И., Рожковский Я.В. // *Бюлл. Эксперим. биол.* - 1990. - Т. 107. - С. 58-60.
75. Кресюн В.И., Рожковский Я.В. // *Патол. физиол. эксп. терап.* - 1993. - N. 1. - С. 5-6.
76. Qian Zeng-Nian, Yu Zheng-Lun, Jin Li-Qing et al. // *Acta Pharmacol. Sin.* - 1992. - vol. 13. - P. 48-50.
77. Абушов Б.М., Сафаров М.И., Меликов Э.М. // *Макро и микроуровни организации мозга в норме и патологии.* - М. - 1992. - С. 6.
78. Макляков Ю.С., Каркищенко Н.Н., Бардахчан Э.А. и др. // *Эксперим. клин. фармакол.* - 1992. - Т. 55. - С. 9-12.
79. Трофимов С.С., Островская Р.У., Кравченко Е.В. и др. // *Бюлл. эксперим. биол.* - 1993. - Т. 115. - С. 43-45.
80. Cahn R., Charles P., Bozzes M. et al. // *New Trends Clin. Neuropharmacol.* - 1988. - vol. 2. - P. 225-230.
81. Tanaka S., Watanabe S., Kakihata K. et al. // *Arzneim.-Forsch.* - 1992. - vol. 42. - P. 1247-1278.
82. Мутускина Е.А., Гарибова Т.Л., Воронина Т.А. и др. // *Терминальные состояния и постреанимационная патология организма. ИОР РАМН.* - М. - 1992. - С. 25-32.
83. Yatsugi S., Yamamoto T., Ohno M. et al. // *Eur. J. Pharmacol.* - 1989. - vol. 166. - P. 231-239.
84. Воронина Т.А., Гарибова Т.Л., Хромова И.В. и др. // *Фармакол. и токсикол.* - 1987. - Т. 50. - С. 21-24.
85. Зайцев Ю.В., Шабанов П.Д., Богословская С.И. и др. // *Фармакол. и токсикол.* - 1988. - Т. 51. - С. 27-30.
86. Воронина Т.А., Гарибова Т.Л., Хромова И.В. и др. // *Фармакол. и токсикол.* - 1990. - Т. 53. - С. 13-16.
87. Gramatte T., Wustmann C., Schmidt J. et al. // *Biomed. Acta.* - 1986. - vol. 45. - P. 1075-1082.
88. Трофимов С.С., Островская Р.У., Смольникова Н.М. и др. // *Фармакол. и токсикол.* - 1991. - Т. 54. - С. 62-64.
89. Островская Р.У., Трофимов С.С., Гудашева Т.А. и др. // *Бюлл. эксперим. биол.* - 1990. - т. 110. - С. 613-616.
90. Романова Г.А., Гудашева Т.А., Добрынин В.И. и др. // *Эксперим. клин. фармакол.* - 1992. - т. 55. - С. 6-8.
91. Новиков В.Е., Ковалева Л.А., Андреева Т.А. // *Актуальные вопросы эксперим. клин. фармакол.* - Смоленск. 1994. - С. 96-97.
92. Петков В. // *Фармакология ноотропов.* - М.: НИИ фармакологии. - 1989. - С. 20-25.
93. Benesova D., Dlohovkova N., Pavlik A. // *Activ. Nerv. Super.* - 1985. - vol. 27. - P.284-285.
94. Chen C., Raimnie D.G., Green R.W. et al. // *Science.* - 1994. - vol.266. - P.291 - 294.
95. Wustmann C., Flscher H.D., Schmidt H.D. // *Biomed. Biochem. Acta.* - 1986. - vol.45. - P.549-556.
96. Lubow R.E. // *Psychol. Bull.* - 1973. - vol.79. - P.398-421.
97. Ильюченко Р.Ю., Финкельберг А.Л. // *Журн.высш.нervн.деят.* - 1986. - т. 36. - С.176-178.
98. Ильюченко Р.Ю., Финкельберг А.Л., Ильюченко И.Р. *Взаимодействие полушарий мозга у человека.* - Новосибирск: Наука. - 1989. - 169с.
99. Masotto C., Apud I.A., Racagni G. // *Pharmacol. Reg. Commun.* - 1985. - vol.17. - P.749-772.
100. Lin Yu, Phillis J.W. // *Brain Res.* - 1991. - vol.551. - P.342-345.
101. Andrade R. // *Ibid.* - 1991. - vol.548. - P.81-93.
102. Pepeu G., Spignoli G. // *Progr. Neuro-Psychopharmacol.* - 1989. - vol.13. - P.77-88.
103. Ponzio P., Paoli F., Spignoli G. // *Psychopharmacol.* - 1990. - vol. 100. - P.130-131.
104. Brust P. // *Arzneim. - Forsch.* - 1989. - vol.39. - P.1220-1222.
105. Kitamura Y., Kanedo T., Nomura Y. // *Jap. J. Pharmacol.* - 1991. - vol.55. - P.177-184.
106. Shin Y.H., Pugsley T.A. // *Life Sci.* - 1985. - vol. 36. - P.2145-2152.
107. Pavlik A., Benesova O., Dlohovkova N. // *Acta Nerv. Super.* - 1987. - vol.29. - P.62-64.
108. Funk K.F., Schmidt I. // *Biomed. Biochem. Acta.* - 1988. - vol.47. - P.417-421.
109. Nakahiro M., Fukuchi I., Uchida S. // *Jap. J. Pharmacol.* - 1989. - P.407-411.
110. Pilch H., Muller W.E. // *Pharmacopsychiatry.* - 1988. - vol.21. - P.324-325.
111. Muller W.E. // *Find. Exp. Clin. Pharmacol.* - 1988. - vol.10. - P.773-783.
112. Amenta F., Cavalotti C., Franch F. et al. // *Arch. Internat. Pharmacodyn.* - 1989. - vol.297. - P.225-234.
113. Uiana G.A.B., Marinho M.M.F., Sousa F.C. // *Life Sci.* - 1992. - vol.50. - P.971-977.
114. Quirion R., Albert I., Lapchak P.A., et al. // *Trends Pharmacol. Sci.* - 1989. - Suppl. - P.80-84.
115. Гарибова Т.Л., Сопыева Ж.А. // *Фармакология ноотропов.* - М.: НИИ фармакологии. - 1989. - С.44-52.
116. Гарибова Т.Л., Рожанец В.В., Рахманкулова И.Х. и др. // *Мед.биол.информ.* - 1985. - т.4. - С.8-12.
117. Thiebaut M. // *Neurosci. Behav. Res.* - 1985. - vol.9. - P.95-100.
118. Izquierdo L., Pereira M.E., Medina J.H. // *Behav. Neural. Biol.* - 1990. - vol.54. - P.27-41.
119. Holmes P.U., Drugan R.C. // *Psychofarmacol.* - 1991. - vol.104. - P.249-254.
120. File S.E., Pellow S. // *Behav. Brain Res.* - 1988. - vol.30. - P.31-36.
121. Morrisset R.A., Mott D.D., Lewis D.W. et al. // *J. Neurosci.* - 1991. - vol.11. - P.203-209.
122. Mott D.D., Bragdon A.C., Lewis D.W. et al. // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* - 1989. - vol.249. - P.721-728.
123. Bering B., Muller W.E. // *Arzneim.-Forsch.* - 1985. - vol.35. - P.1350-1352.
124. Barone D., Spignoli G. // *Drug. Exp. Clin. Res.* - 1990. - vol.16. - P.85-99.
125. Fagg G.E., Foster A.C., Ganony A.H. // *Trends Pharmacol. Sci.* - 1986. - vol.7. - P.357-363.
126. Gasic G.P., Hollman M. // *Annu. Rev. Physiol.* - 1992. - P.507-586.
127. Guirgea C., Moyersoons F. // *Arch. Internat. Pharmacodyn.* - 1972. - vol. 199. - P.67-78.
128. Крапивин С.В., Воронина Т.А. // *Фармакол. и токсикол.* - 1987. - т.50. - С.17-20.
129. Крапивин С.В., Иосифов Т. // *Фармакология ноотропов.* - М.: НИИ фармакологии. - 1989. - С.53-57.
130. Ito I., Tanabe S., Kohda A. et al. // *J. Physiol.* - 1990. - vol.424. - P.533-543.
131. Xiao Peng, Staubli U., Kessler M. et al. // *Hippocampus.* - 1991. - vol. 1. - P.373-380.
132. Tang C.-M., Shi Qing-Yao, Katchman A. et al. // *Science.* - 1991. - vol. 254. - P.288-290.
133. Абрамец И.И., Андреев П.В., Комиссаров И.В. и др. // *Нейрофизиология.* - 1994. - т.26. - С.365-372.
134. Kaneko S., Sugimura M., Inoue T. et al. // *Eur. J. Pharmacol.* - 1991. - vol.127. - P.119-128.
135. Kaneko S., Takahashi H., Sugimura N. et al. // *Neurosci. Reg.* - 1990. - Suppl. N 11. - P.103.
136. Абрамец И.И., Комиссаров И.В., Самойлович И.М. // *Нейрофизиология.* - 1993. - т.1. - С.179-184.
137. Xie X., Berger T.M., Barrionuevo G. // *J. Neurophysiol.* - 1992. - vol. 67. - P.1009-1013.
138. Cohen S.A., Muller W.E. // *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol.* - 1990. - vol.341. - P.98.
139. Silva A.J., Stevens C.F., Tonegava S. et al. // *Science.* - 1992. - vol. 257. - P.201-206.
140. Bliss T.U.P., Lomo T. // *J. Physiol.* - 1973. - vol.233. - P.357-374.
141. Dunwiddie T., Lynch C. // *Ibid.* - 1978. - vol.276. - P.353-367.
142. Malenka R.C. // *Excitatory Amino Acids and Synaptic Transmission.* - London ets.: Academic Press. - 1991. - P.303-314.
143. Collingridge G.L., Kehl S.J., McLennan H. // *J. Physiol.* - 1983. - vol. 334. - P.33-48.
144. Griffith W.H. // *J. Neurophysiol.* - 1990. - vol.63. - P.491-501.
145. Bashir Z.I., Bortolotto Z.A., Davies C.H. et al. // *Nature.* - 1993. - vol.363. - P.347-350.
146. Clements M.P., Bliss T.U.P., Lynch M.A. // *Neuroscience.* - 1991. - vol. 45. - P.379-389.
147. Staubli U., Kessler M., Lynch C. // *Psychobiology.* - 1990. - vol.18. - P.377-381.
148. Krug M., Koch M., Shoof E. et al. // *Eur. J. Pharmacol.* - 1989. - vol. 173. - P.223-226.
149. Nicoletti F., Cosalana G., Genazzani A.A. et al. // *Funct. Neurol.* - 1992. - vol.7. - P.413-422.
150. Абрамец И.И., Король Т.М., Комиссаров И.В. и др. // *Архив клин. эксперим. мед.* - 1994. - т.3. - С.13-18.
151. Дореули Н.В., Чепкова А.Н., Скребицкий В.Г. // *Сб. научн. тр. НИИ мозга.* - 1990. - т.19. - С.62-64.
152. Ishihara K., Katsuki H., Sugimura M. et al. // *Neuropharmacol.* - 1989. - vol.28. - P.589-573.
153. Sugimura M., Ishihara K., Katsuki H. et al. // *J. Pharmacobio-Dyn.* - 1989. - vol. 12. - P.771-774.
154. Sakimura K., Kutsuwada T., Ito I. et al. // *Nature.* - 1995. - vol.373. - P.151-155.
155. Abeliovich T. // *Cell.* - 1993. - vol.75. - P.1253-1259.

Поступила в редакцию 22.01.96

ДИСКУССИИ

УДК 616.89 - 07 - 08

*А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина***К КОНЦЕПЦИИ ПОЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО**

Киевский НИИ социальной и судебной психиатрии

Ключевые слова: поле психическое, сознательное, психическая патология

Парадигма современной психиатрии, сформулированная в основном Э. Крепелиным и раскрывающая основы психической патологии, включает три основных компонента: клинику, течение и исход заболевания [22, 37]. Эта нозологическая концепция в дальнейшем разрабатывалась немецкой, русской, советской психиатрическими школами в рамках парадигмы осей современной медицины. Она базируется на принципах эмпирически обоснованного материализма: наличии этиологического субстрата, патогенеза заболевания в конечном состоянии организма человека в результате болезни. Можно сказать, что на подобной эмпирической основе развилась также классическая психология и патопсихология; они оперируют абстрактными категориями и находят их материальное выражение и обоснование в (физиологической активности мозга, а соответственно эмпирически описывают и экспериментально подтверждают эти категории косвенно или по аналогии) [29]. Хотя различные зарубежные направления в психологии и психиатрии, в основе которых лежат идеалистические (философские) концепции, отстаивают примат Психического как экзистенциального феномена в строении мира, однако и они описывают и объясняют психопатологические явления, личностные изменения вследствие подобных расстройств с позиций эмпирического материализма - наиболее распространенной социально-культурной парадигмы современного общества, то есть с позиций эмпирически познаваемой реальности [12, 24, 28, 33, 34, 36].

На данном этапе развития научных представлений о мироустройстве в целом, а также о роли и месте феномена Психического в нем такой подход к проблеме психических расстройств представляется лишь одним из возможных вариантов. Спорный момент этого взгляда - попытка однозначной идентификации нематериального Психического к органическим субстратом - мозгом, при функционировании которого и возникает феномен Психического.

Подобное отождествление - камень преткновения нейрофизиологии и экспериментальной психологии на протяжении всей истории развития этих наук. Оттолкнувшись от учений о локализационизме и эквипотенциальности мозга, современные нейрофизиологические представления основываются на теории о функциональной организации мозга [2, 3, 15]. Функционально организованный мозг имеет жесткие и гибкие звенья обеспечения психической деятельности человека [3]. С этих же позиций изучается психическая деятельность человека нейропсихологией и нейропсихиатрией [19, 31].

Однако такая позиция наталкивается на пока непреодолимое препятствие. До настоящего времени не найден (если обсуждать глубинный - молекулярный, квантовый - уровень) непосредственный причинно-следственный переход деятельности мозга как материальной электрохимической системы в Психическое, как в очевидно существующий эпифомен реальности, не имеющий непосредственной вещественной формы, а выражающийся в рефлекторной (на более низком уровне в перцептивно-двигательной, на более высоком уровне в поведенческой, социальной) деятельности человека как материального макрообъекта [10, 16, 30].

В психиатрии же результатом такого подхода, идентифицирующего мозг и Психическое, оказывается принципиальная неизлечимость эндогенных заболеваний существующими методами лечения, хотя возможно достижение длительных качественных ремиссий при отдельных формах и вариантах течения данной группы заболеваний. Одним из следствий существующей «безнадежности» лечения данной патологии оказывается социальная отчужденность психически больных, преимущественно больных психозами. Это связано с тем, что их психическая деятельность, а следовательно и личность в целом, исходя из логики здравого смысла общества, принимается как патологическая и, что принципиально с точки зрения социума, «чуже-

родная, нелепая и неприемлемая» [20]. Это межперсональное отчуждение зачастую делает психически больных изначально и практически окончательно психологически отторгнутыми от привычного окружения, что усугубляет их психологическую дезадаптацию в новом для них качестве «патологической» личности. Вместе с этим следует помнить, что действие применяемых ныне в психиатрии фармакологических средств - в основном нейролептиков и антидепрессантов - нацелено на уничтожение психопатологической симптоматики. Однако одновременно подобное воздействие практически необратимо включает интимные личностные механизмы функционирования, в том числе и компенсаторные, трансформируя, а возможно, и разрушая психическую индивидуальность в целом. На устранение вышеназванных следствий психического заболевания человека направлены различные виды реабилитации психически больных [25, 32]. Однако, несмотря на исключительную важность и необходимость существующих реабилитационных мероприятий, они несут отпечаток общей направленности современной психиатрии. Именно этим объясняется некоторая ограниченность в применении этих методов в «большой» психиатрии, а также их меньшая эффективность, чем при пограничных психических расстройствах.

Цель создания данной концепции: исходя из формулирования иной модели функционирования Психического и, соответственно, иного описания патогенетических механизмов формирования психотических расстройств, попытаться изменить отношение к личности психически больного в целом и способствовать этим его дальнейшей психологической и социальной адаптации.

Представляется, что главным пусковым моментом возникновения психотических состояний являются нарушение - блокирование или искажение - способа преобразования сферы бессознательного восприятия окружающего и эмоционального переживания воспринятого в сферу осознанного действительного познания мира, что вызывает расстройство функционирования психической деятельности в целом. Подобные предположения и идеи высказывались еще в начале века З. Фрейдом [6], Е. Блейлером [26], Д. Узнадзе [28], К. Юнгом [32], К. Ясперсом [35], Л. Бинсвангером [36], К. Шнайдером [38] и др.

Однако положения данной концепции дают возможность создания иной модели функционирования Психического с целью ее дальней-

шего исследования и последующего практического применения.

В основе наших взглядов следующая позиция. Психическое - есть самостоятельное, реально существующее функционирующее явление мира, категория его объективной реальности, явление, нерасчлененно связанное с объективной реальностью и способное к ее действительному познанию. Одной из форм этой реальности является мозг, функционированием которого и обеспечивается существование Психического.

Одновременно подход авторов к проблемам современной психологии и психиатрии соотносится с существующими ныне физико-математическими представлениями о строении мира [7, 9, 11, 13, 16, 21, 27, 30].

Известно, что мозг как электрохимическая система подчиняется законам классической электротехники и термодинамики, в соответствии с ними рассматривается и исследуется. Однако Психическое, не являясь изначально вещественной субстанцией, есть только эпифеномен деятельности мозга, в этом смысле не имеющий с ним непосредственной причинно-следственной зависимости. В этом показательны работы И. Кобозева, сформулировавшего понятие «термодинамического парадокса мышления», доказывающее безэнтروпийность мышления, тогда как мозг обладает как системной, так и молекулярной энтропией [30]. В то же время Психическому как очевидно существующей категории реальности присущи характеристики поля в его физическом понимании - формы материи, между точками которой существует определенное взаимодействие и которая обладает бесконечным числом степеней свободы. Почему применяется термин «Психическое»? Вводимое понятие более адекватно с лингвистической точки зрения - описывает не морфологическую структуру, «субстрат», а динамическую равновесную систему, состояние (подобный термин употреблялся ранее) [32]. С естественно-научных позиций Психическое, или, что более верно, поле Психического - категория, допускающая аналогию с категорией физического поля.

Попытки соотносить психическую деятельность с физическими понятиями, моделировать ее соответственно физическим понятиям, моделировать ее соответственно физическим законам, предпринимались психологами физикалистского направления, наиболее видным представителем которого был К. Левин [12, 34]. По его представлениям, характеристиками поля определялась окружающая, в том числе и социальная среда, с которой взаимодействовал индивидуум.

Таким образом, в качестве поля описывалась система взаимоотношений и взаимодействий между макрообъектами - человеком и окружающим миром. Основным действенным выражением функционирования поля становилась самоактуализация человека в социальной активности.

Наш подход основан на принципиально других исходных позициях. Выдвинутый астрофизиками принцип антропности утверждает, что на определенном этапе развития Вселенной создаются условия для возникновения наблюдателя - организованной формы материи, способной к осознанию происходящего. С точки зрения теории относительности, наблюдатель включается в систему описания физических явлений [9, 13, 16]. Можно предположить, что Психическое, соотнося его согласно принципу антропности с понятием наблюдателя является одной из форм поля, адекватной электромагнитному, гравитационному полям, полям слабых и сильных взаимодействий. Такое допущение согласуется с положением теории Супервзаимодействия, предполагающей возможность перехода от одной формы поля к другой с помощью калибровочных преобразований - одной из составляющих теории калибровочных полей [9, 13, 16, 27, 30]. В свою очередь, теория калибровочных полей рассматривает поле как форму геометрического пространства объективной реальности в рамках римановой геометрии, которая изменяется в зависимости от переменности масштабов, математическим выражением которых и являются калибровочные преобразования [27]. Несмотря на исключительную сложность, математический аппарат именно этих теорий может стать основой для подтверждения положений данной концепции.

Необходимо отметить, что в общей и экспериментальной психологии приняты и возможны замены категорий психики в целом категорией сознания, а категории сознания - дискурсивным, логическим мышлением. Интересна и показательна в этом отношении теория Сознания, обсуждаемая в монографии В. Налимона «Спонтанность Сознания», где единицей дискурсивного мышления, а следовательно и Сознания, является единичный смысл. Все возможные смыслы располагаются на числовой оси Кантора, аналогично совокупности всех действительных чисел. Каждый смысл имеет определенную плотность вероятности и в зависимости от величины ее значения используется в той или иной ситуации. Свобода выбора смыслов и понимается как спонтанность Сознания.

Однако с точки зрения онтогенеза психики, более ранней является способность к ощущению и восприятию. Путем переживания воспринятого формируется способность к смыслообразованию. Учитывая, что, с точки зрения авторов, в качестве единичной категории рассматривается Психическое индивидуума в целом, а отдельные виды психической деятельности (восприятие, эмоции, мышления и др.) - в качестве форм его потенциальности, то есть возможного функционального выражения, представляется возможным ввести понятие смысло-образ как категории, соотносимой с квантом поля Психического. В качестве кванта поля Психического смысло-образ обладает всей потенциальностью поля в целом, согласно принципу конечности и неделимости пространства на уровне единиц, соизмеримых с квантом [9, 27, 30]. В. Налимов подчеркивает, что пространство семантического-смыслового - поля является непрерывным, а не квантованным, что дает возможность введения его переменной метрики [9, 21]. Поле Психического может существовать как в форме квантованного пространства, так и в форме непрерывного, при этом смысло-образ - эквивалент кванта физического поля - может иметь как волновую, так и импульсивную форму существования, что определяет способ измерения пространства.

Одновременно важно учитывать, что эмпирика-описательная парадигма современных медико-психологических наук основана на причинно-следственных механизмах взаимосвязей, рассмотрение же пространственно-временных параметров имеет по отношению к ним вторичный характер, являясь следствием, тогда как причиной, то есть субстратом, становится объект исследования. То же можно сказать и об энергетических параметрах. В физике поля, как известно, квант действия - носитель импульсных или волновых характеристик поля, существуя в двух формах - частицы или волны соответственно, не являются при этом материальным субстратом, так как не имеет массы покоя. Квант действия можно охарактеризовать как разницу состояний точки поля до и после взаимодействия с квантом. Исходя из этого, авторы допускают аналогию: смысло-образ в качестве кванта поля Психического есть разница между состояниями Психического до и после возникновения смысло-образа. При этом пространственно-временные - импульсные и энергетические - волновые характеристики Психического приобретают главенствующий смысл, обозначая ту систему координат, ту форму пространства, в которой происхо-

дит возникновение и преобразование смысла-образа в Психическом.

Объекты медико-психологических исследований, являясь материальными макрообъектами, рассматриваются в условиях инерциальной системы эвклидова пространства. А в каком пространстве существует и функционирует Психическое? В эвклидовом или неэвклидовом? Очевидно, что в условиях Земли взаимодействия макрообъектов, к которым относится и человек, осуществляются в эвклидовых пространственно-временных отношениях. Их можно сформулировать принципом «здесь и теперь», описывающим существующее трехмерное пространство с четвертой координатой времени, направленной из прошлого в будущее. Этот принцип формирует причинно-следственные отношения в рамках аристотелевой логики. Именно в такой форме реальности, в координатной системе эвклидовых пространственно-временных отношений существует Сознание и Самосознание, которые в данном случае можно объединить понятием Сознательное. Известно, что Сознание и Самосознание считаются сформировавшимися, когда ребенок может отделить себя от окружающего мира, определить границы внутреннего «Я» и соотносить себя со временем в его отдельные моменты. Это означает, что в процессе онтогенеза формируется способность части Психического-Сознательного функционировать в эвклидовых пространственно-временных отношениях. Именно этому служат формирующиеся дискурсивное мышление, память, воля, внимание, в определенной степени эмоции, восприятие.

Но кроме осознаваемой части Психического существует часть, относящаяся к неосознаваемому - Бессознательному, в качестве различных форм потенциальности которого выступают витальное и протопатическое восприятие, проприоцепция. В данном обсуждении имеет смысл рассматривать Бессознательное в целом, как и Сознательное. Бессознательному принадлежит роль, если не ведущей, то направляющей формы познания мира [6, 13, 15, 21, 25, 33, 36], так как с первых дней жизни Психическое функционирует именно в форме Бессознательного. В Бессознательном сформированы основные типы реагирования человека, к нему же относятся психологические автоматизмы, темперамент, характерологическая основа личности, определенная часть стереотипов поведения. При этом Бессознательное существует в неэвклидовом пространстве и описывается энергетическими характеристиками, не имеющими простран-

ственно-временной определенности.

Изучению и описанию Бессознательного со времен З. Фрейда уделено достаточно внимания [12, 21, 28, 33]. Принципиально важно, что существует теория перехода от Бессознательного к Сознательному. Наиболее убедительным механизмом такого перехода, в частности, является теория Установки Д. Узнадзе [5, 26]. Не менее важна возможность описания принципов, закономерностей, способов познания мира Бессознательным [8, 13, 15, 17, 21, 26, 28, 33, 36]. Прежде всего. Бессознательное является афферентной частью в системе взаимодействия Психического с окружающим миром. Изначально воспринимаемая больше, чем то, что в дальнейшем осмысливается, Бессознательное является базой образов и, соответственно, смыслов, включая в себя уровень предмышления, по В. Налимову [21]. Бессознательным определяется эмоциональная значимость образов, которая прямо пропорциональна величине плотности вероятности их использования в дальнейшем осмыслении. Следовательно, Бессознательное, формируя новые смысло-образы, расширяющие область взаимодействия Психического с окружающим миром, не только является основой для познания мира Сознательным, но и само познает мир (возможно формирование нового смысло-образа аналогично увеличению напряженности точки электромагнитного поля при получении минимального энергетического заряда).

Итак, в структуре мира можно рассматривать Психическое в качестве поля - формы объективной реальности. Поле Психического выражается эвклидовым пространством Сознательного и неэвклидовым пространством Бессознательного. Формирующийся в Бессознательном смысло-образе как квант поля Психического является носителем энергетической характеристики - величины эмоционального переживания смысло-образа, его эмоциональной значимости. Сознательное, функционирующее в эвклидовых пространственно-временных отношениях, определяется временными характеристиками до и после взаимодействия с новым смысло-образом, а также пространственным соотношением с тем или иным объектом, явлением вне или внутри человека, с объективно существующей реальностью. Для Бессознательного такого пространственно-временного соотношения не существует.

Вводимый понятийный аппарат релятивистского подхода к Психическому, позволяет с вероятностных позиций обсудить проблемы психической патологии и Психического.

При этом необходимо учитывать определенные условия существования и функционирования Психического. Во-первых, авторы рассматривают Психическое как динамическую систему, а не морфологическую относительно постоянную структуру, систему, способную к созданию и осуществлению взаимодействий и взаимоотношений с любыми другими динамическими системами, в том числе и с системами большего масштаба. Такое понимание не противоречит тесному контакту Психического с морфофункциональной системой мозга. Во-вторых, функцию наблюдателя в такой динамической системе выполняет Сознательное. При этом важно, что понятие наблюдателя, а соответственно, и процесс наблюдения означают и восприятие, и включение воспринятого в функционирующую динамическую систему, и программирование возможных ответных реакций. И третьим условием, пожалуй, главным при практическом применении всего выше- и нижеуказанного, является следующее. Непосредственно и прямо повлиять на содержание, если угодно, на содержимое Психического (к чему относится и патопсихологическая симптоматика, в том числе и бред) без мощного биологического воздействия на мозг практически невозможно. Но, как уже говорилось, современная биологическая терапия, включая психофармакологическую терапию, действуя на функциональное и морфологическое состояние ЦНС, влияет напрямую лишь на электрохимическое обеспечение Психического, не решая вопросов адекватности или хотя бы относительной безопасности для Психического пациента подобного, безусловно, сильнеешего воздействия. Понимая реальную необходимость и неизбежность подобных методов купирования психопатологической симптоматики, авторы однако считают, что эффективно не только насильственное вмешательство, но и межличностное взаимодействие с Психическим. При этом значимым представляется взаимодействие не столько с содержанием, сколько с процессами формирования и функционирования содержания Психического, с его формой, которая выражает и предъявляет содержание во внешнюю реальность.

Итак, прежде чем перейти к вопросам работы с патологически искаженным Психическим человеком, вернемся к предложенной категории смысла-образа и рассмотрим, как происходит его преобразование в Психическое индивидуума. В связи с необходимостью адаптации во все время изменяющейся объективной реальности и под ее воздействием в многомерной, постоян-

но количественно и качественно преобразующейся, динамически равновесной системе Психического индивидуума возникает новый смысл-образ. Рожденный Психическим, он каким-то образом Психическим же и используется. Для этого существуют знаковые системы. Еще на уровне Бессознательного смысл-образ включается в одну из ведущих или одновременно в несколько ведущих знаковых систем Психического. Например, в вербальную, в различные виды невербальных, в эффективную и т. д. Количество и качество знаковых систем человека, их значимость как ведущих, сугубо индивидуальны. Смысл-образ используется Психическим как элемент его содержания. Преобразование смысла-образа в знак может не доходить до уровня Сознательного, а происходить в Бессознательном или на уровне так называемого Предсознания - уровне физиологических автоматизмов.

Знаковый фильтр становится важнейшим барьером - проводником и переводчиком - во взаимодействии и взаимоотношении Психического индивидуума с объективной реальностью. Суть в том, что именно с помощью знаковых преобразований евклидово пространство реального макромира соотносится с субъективной совсем неевклидовой реальностью Психического, становясь представлением индивидуума об объективной реальности, ее отображением, моделью, мифом и т. п. Из этого следует известный вывод, что объективная реальность и ее отражение - субъективная реальность Психического - есть категории не только нетождественные, но зачастую и неадекватно соотносимые друг с другом.

Однако главной потребностью выживания человека остается необходимость постоянно адаптироваться в окружающем мире, то есть существует постоянная необходимость соотносить каким-то образом субъективную реальность Психического индивидуума с объективной реальностью окружающего мира. С этой целью с помощью знаковых систем Психическое создает модели объективной реальности и своего поведения в ней, Психическое создает то, что А.Лосев назвал мифотворчеством человека, его «диалектической необходимостью сознания» [18]. Последнее определение очень точно описывает функцию Сознательного, так как именно оно формирует, применяет и отслеживает взаимодействие мифов-моделей как представлений об объективной реальности непосредственно с самой реальностью. Смысл этого процесса и его ключевое слово - соотнесение. Именно оно оп-

ределяет функцию Сознательного как наблюдателя, определяет преобразовательный процесс, который организует и в котором непосредственно участвует Сознательное. Это уровень взаимодействия Психического с объективной реальностью, в котором проявляются суть и назначение Психического - способность к существованию в состоянии динамически равновесной системы качественных преобразований пространства-материи. Это соотношение существует не как замкнутый круг, а в форме эволюционно развивающейся реальности и индивидуума спирали.

Существующая в дискретной форме эвклидова пространства объективная реальность воспринимается Бессознательным и преобразуется в нем в энергетическую форму - мерного неэвклидова пространства Психического, на стыке Бессознательного и Сознательного происходит очередное качественное преобразование возникающих смысло-образов в знаки, которые включаются путем последующих пространственно-временных преобразований и соотношений в различные модели Психического, коими и оперирует Сознательное. Сознательное же и соотносит субъективную реальность Психического с объективной внешней реальностью, переводя созданные смысло-образы в эвклидово пространство и формируя на их основе различные модели и формы поведения. В результате, сохраняя динамическое равновесие, осуществляется уже на новом уровне качественно иное взаимодействие Психического с объективной реальностью.

В эфферентной части Психического с объективной реальностью взаимодействует преимущественно Сознательное. Этот процесс многообразен и постоянен, исключением являются состояния измененного сознания, в том числе и сон, когда Сознательное взаимодействует практически только с субъективной внутренней реальностью.

Именно потому, что Сознательное индивидуума, как и Сознательное социума, функционирует в единой с объективным макромиром пространственно-временной системе, Коллективное Сознательное в огромной степени влияет на Сознательное индивидуума, прежде всего на процесс моделирования-мифотворчества, создания представлений о себе и окружающем.

Одним из вариантов воздействия Коллективного Сознательного на личность, которое вводит человека в измененное состояние сознания и в социальном смысле во многом дезадаптирует человека, является идеологическое и религиозно-культуовое влияние на картину мира чело-

века, его модели поведения. Особенно мощное и зачастую деформирующее воздействие оказывают тоталитарные религиозные секты и любые другие тоталитарные идеологические социальные формирования, возникающие в настоящий исторический период слишком часто и дезорганизующие способность человека к социальной адаптации. Смысл подобной деформации в том, что любая навязываемая извне тоталитарная идеологическая концепция, резко ограничивающая набор моделей поведения, а главное подменяющая каким-либо «заданно эклектичным» мифом объективную реальность и декларирующая такой миф как единственно возможную истинную реальность практически исключает для человека возможность осознанного, соотношения объективной реальности и подобной индуцированной внутренней субъективной реальности, соответственно нарушая взаимодействие человека с социумом. Примером таких существующих ныне идеологических тоталитарных формирований могут быть религиозные секты типа «Белые братья», «Богородичный центр», «Сатанисты», национал-социалистические молодежные и другие военизированные или полuvoенизированные формирования и т. п. [1, 2, 17, 33].

Возвращаясь к вопросу о соотношении как способа адаптации человека, можно сказать следующее. Адекватное соотношение Сознательного индивидуума с объективной реальностью, говоря проще, адаптация человека возможна лишь тогда, когда Сознательное осуществляет функцию наблюдения. Процесс наблюдения не подменяет механизма обратной связи, это лишь один из вариантов его работы. Основной смысл процесса наблюдения - это осуществление выбора. Это означает осознать и идентифицировать свое состояние или модель поведения в каждый определенный момент времени, в определенной ситуации, осознать необходимость изменения состояния или модели с целью адекватного взаимодействия с реальностью, осуществлять это изменение, то есть осознанно соотносить свою модель с предлагаемой ситуацией; осознать ответственность за осуществленный выбор, то есть идентифицировать себя со своей новой измененной моделью, со своим новым измененным состоянием. Другими словами, Сознательное как наблюдатель в начале взаимодействия разотождествляет свою модель и реальность, при этом соотносит модель с реальностью, при необходимости изменяет ее, а затем включает измененную модель в себя, отождествляясь со своим новым измененным состо-

янием. Однако, чтобы осуществить осознанный выбор, изначально человеку необходимо принять себя в какой-то определенный момент времени. При этом очень важно то, что принятие на себя - это только фиксация своего состояния Сознательным, признание права данного состояния на осуществление, а не его оценка. И не менее важно не подменять эти два различных по сути процесса именно потому, что оценивание, как и многие другие модели поведения, очень часто является проекцией социальных стереотипов, а соответственно, может ограничивать адаптивные возможности человека. Социальные стереотипы очень нужны человеку, но хороши только в стандартных ситуациях. В любых нестандартных, а тем более в экстремальных условиях, идентификация с подобными стереотипами ограничивает способность к выбору других форм поведения, соответственно, ограничивает способность к адаптации. При этом человек не только не осознает, что привычный социально наведенный стереотип - это лишь один из возможных вариантов поведения, но и в большей степени оказывается просто не способен к поиску иных форм, созданию новых моделей поведения, так как одновременно не осознает ответственности за свой выбор, за принятие решения, «как будто» перекладывая ее на общепринятые социальные нормы. Рамки данной работы не позволяют уделить рассмотрению вопроса взаимодействия и взаимоотношений Психического индивидуума и социально наведенных стереотипов поведения большего внимания, однако в заключение хотелось бы отметить еще один принципиально важный момент. Подобные социально наведенные стереотипы, как, впрочем, и большая часть процесса моделирования как таковая, осваиваются человеком в детстве и переводятся в Бессознательное (часто с негативной эмоциональной переработкой, как реакция на запреты), поэтому считаются как будто бы недоступными наблюдению Сознательного, то, что К. Юнг называл Архитипическими реакциями - проекции Коллективного Бессознательного и Бессознательного индивидуума [33] - зачастую так и воспринимается Сознательным, как нечто злое, «монстрообразное» и явно неуправляемое. Именно такое понимание воспринятых социальных стереотипов поведения является одной из частых причин снижения способности человека к адаптации.

Снижение или искажение способности Психического индивидуума к адаптации, лежащее в основе психических расстройств - то, с чего имеет смысл начать непосредственное обсужде-

ние вопросов психопатологии и чем следует закончить достаточно пространную, но необходимую «вводную часть». Ее наличие обусловлено следующим. Предмет деятельности психиатрии - Психическое человека - не тождественен предмету деятельности медицины в целом. Некоторая обособленность психиатрии, с позиций авторов, связана именно с тем, что психиатр соприкасается с Психическим другого человека. При этом, независимо от наличия патологической искаженности, Психическое этого, другого человека, соотносимо по масштабу с собственным Психическим врача, поэтому работа с психически больным, главным направлением которой становится купирование того или иного синдрома, когда взаимодействие с человеком подменяется лишь воздействием на его мозг, на систему обеспечения существования его Психического, бывает не всегда эффективной и далеко не всегда сообразительной. Именно поэтому наш мировоззренческий подход к Психическому представляется еще одним основанием, от которого психиатру имеет смысл отталкиваться в своей работе.

Регистр психических расстройств зависит от степени разбалансированности, глубины дезорганизации равновесной динамической системы Психического индивидуума. В основе невротического круга расстройств, пользуясь терминологией А. Кемпински [14], находятся нарушения энерго-информационного метаболизма Психического по типу замкнутого круга, когда значимость какого-либо фрагмента реальности, вернее, представлений человека о данном фрагменте, полностью доминирует над другими фрагментами, иными словами, энергетический, он же аффективный, потенциал реакции Бессознательного на какой-либо психогенный фактор ограничивает, но не искажает наблюдательную функцию Сознательного. Работа в экстремальном режиме в связи с аффективной насыщенностью состояния резко повышает порог восприимчивости Сознательного - пропуска информации, не связанной с психотравмирующим фактором. При этом снижается способность человека к формированию иных моделей поведения, изменению возможных выборов реагирования. Однако одновременно сохраняется способность Психического к разотождествлению внутренней субъективной и внешней объективной реальностей. Именно этим определяется принципиальная разница невротического и психотического уровней расстройств. В последнем варианте деформируются преобразовательные процессы Психического. Причем страдает как Сознатель-

ное, так и Бессознательное. Однако извне наиболее дезорганизованными воспринимаются функции Сознательного, в силу того что именно Сознательное в большинстве случаев предъясвляет Психическое миру.

Существующие в настоящее время различные патофизиологические (биологические) теории патогенеза психотических расстройств, в том числе и шизофрении, базируются на примате, что основополагающим фактором возникновения и формирования психической патологии является мозг [25, 32]. Все данные теории, особенно по отношению к шизофрении, на данном этапе развития науки упираются в пока неразрешимую проблему, о которой говорилось выше: мозг и Психическое не тождественны друг к другу, воздействие на мозг не идентично и не всегда адекватно воздействию на Психическое. Главная проблема в том, что в реальной врачебной работе степень и конечный результат биологического воздействия на мозг проследить невозможно. Основным отслеживаемым критерием становится купирование того или иного психопатологического образования. Но ведь при этом фактически необратимо деформируется равновесно-динамическая система Психического индивидуума, что просто в большинстве случаев не является предметом наблюдения психиатра.

Именно данная проблема послужила основой рассмотрения патогенеза психотических расстройств с точки зрения концепции Психического. Под этим подразумевается феноменология взаимодействия Психического как невещественной формы материи с объективно существующей реальностью. При этом авторы не затрагивают и ни в коем случае не отрицают остальные имеющиеся и хорошо разработанные эмпирика-материалистические подходы к этиопатогенезу психических расстройств.

Итак, возвращаясь к возникновению и формированию психотических расстройств в Психическом индивидууме, можно сказать следующее. Что и как при этом происходит, удобнее обсудить на примере возникновения эффективно-бредового синдрома как одного из наиболее часто встречающихся симптомокомплексов расстройств психотического уровня.

В какой-то определенный момент времени аффективная, то есть энергетическая, значимость воспринятого Бессознательным фрагмента объективной реальности (возможные причины, приведшие к этому, не обсуждаются) и в связи с искаженностью преобразовательных процессов становится неадекватной по отношению к привычному уровню реагирования. Подобное энергетическое «цунами» не может не захлестнуть, не исказить процессы формирова-

ния смысло-образов и их включение в знаковые системы. То есть, в существующие модели Психического вводятся знаки с патологически измененными энергетическими, эффективными характеристиками.

Таким образом, деформируются сами модели, нарушая этим наблюдательную функцию Сознательного, его способность к соотношению внутренней и внешней реальностей, искажая его потенциальную возможность осуществлять выборы, наиболее целесообразные моменту и ситуации. При этом патологически измененная модель подменяет реальность, идентифицируясь с нею. Такая дезорганизованная способность Сознательного к разотождествлению объективной реальности и представлений о ней на языке психиатров называется бредом, происходящая подмена внутренней субъективной реальностью реальности внешней, объективной, диктует и свои искаженные формы поведения. Одновременно деформируется и способность к пространственно-временным преобразованиям, когда Сознательное начинает существовать в неэвклидовом пространстве, что рождает иллюзорную возможность «как будто» подстраивать (отождествлять) объективную реальность под мифическую, бредовую. Таким способом Психическое пытается ликвидировать патологическое экстремальное состояние, удовлетворить ту «внутреннюю потребность», которую еще Э. Блейлер определял как основу бреда [6], а Lingjfrde называл попыткой сохранения гомеостаза «негодными средствами» [32].

В состоянии психоза психотическая реальность, является для больного часто единственно возможной, сохраняя его личностную целостность: выжить, находясь в подобном экстремуме. Ведь в экстремальном режиме существует как мозг, так и Психическое.

Для того чтобы выжить, человек должен адаптироваться к новому патологическому состоянию. Компенсаторным, точнее гиперкомпенсаторным механизмом приспособления и является создание Психическим внутренней бредовой реальности, ее отождествление с объективной внешней реальностью. С помощью формирования такой патологической реальности Психическое утилизирует, рационализирует для себя тот аффективный энергетический «беспредел», в котором оно вынуждено существовать. Сознательное способно даже в такой экстремальной патологической ситуации выполнять функцию наблюдения и создавать адаптивные модели существования. При этом именно психотическое искажение способности Сознательного к соотношению объективной реальности и представлений о ней становится основой для гиперкомпенсаторного отождествления внутрен-

ней бредовой реальности и внешнего окружающего мира, одновременно больной не осознает патологическую неадекватность того, что с ним происходит. Все нижеследующие авторы предлагают рассматривать как основу для поиска форм конкретной работы с психически больными. В этом проявляется попытка соотнести масштаб практической деятельности с масштабом мировоззренческого подхода к категории Психического.

При наличии у больного психотических расстройств в работе с ним имеет смысл исходить из трех основных предпосылок. Во-первых, бредовая реальность психически больного для него самого является "настоящей" и становится в момент обострения единственно возможной реальностью, диктуя свои формы существования и поведения. Во-вторых, возможный путь прихода Психического индивидуума к психозу - это ограничение и искажение способности Сознательного к соотнесению пространственно-временных параметров реальностей, в котором существует и с которым взаимодействует Психическое. При этом Психическое способно достаточно длительное время существовать и функционировать в патологически измененном состоянии, то есть способно адаптироваться в нем. В-третьих, возможным путем выхода из психоза может быть не только воздействие различными способами на работу мозга с одновременными попытками приучить больного к мысли, что патологической реальности нет и не может быть только потому, что ее не может быть никогда, но и работа, с практически всегда сохраняющимися компенсаторными возможностями, Психического разотождествиться с имеющейся бредовой реальностью. При этом врачу целесообразно понимать и принимать следующее. Чтобы пойти в состояние психоза Психическое индивидуума проделывает определенную работу, проходит определенный путь, и для выхода из него часто необходимы время и работа в значительно больших количествах.

Невозможно предсказать, каким будет Психическое больного после выхода из психоза, так как длительное страдание, длительное существование в патологической бредовой реальности необратимо меняет содержимое Психического. Разобраться в создавшемся хаосе, структуриро-

вать его - сформировать новые модели поведения и существования - очень непросто. Не менее трудно предсказать, каким образом Психическое будет осуществлять выход из психоза.

Дать какие-либо конкретные рекомендации по работе с Психическим больным в состоянии психоза сложно в силу своеобразной «уникальности» каждого случая. Однако и в этой работе существуют определенные закономерности. Сказанное совершенно не противоречит и вполне может сочетаться с применением различных биологических воздействий при очевидной их необходимости.

Возможные рекомендации будут обращены к компенсаторным способностям Психического. Главное, это необходимость коррелирования биологического воздействия на мозг и психотерапевтической работы с Психическим больным.

По своей сути бред является частью содержимого Психического, определяет и оформляет который аффективный уровень - энергетическая величина его осознания. Отслеживая, как существует Психическое больного в психозе, способно ли оно, готово ли оно к изменению своего состояния, и как это изменение происходит, врач может попытаться помочь больному разотождествиться с внутренней бредовой реальностью и адаптироваться во внешней объективной реальности. Врач может работать не с бредом, то есть не с содержанием Психического непосредственно, а с процессом подмены патологически искаженного соотнесения Психическим объективной и субъективной реальностей. Это означает попытку выяснить, каким образом осуществляется, как и чем выражается процесс подмены. При этом его корректирование можно начать с любого компонента или формы выражения деформированного процесса преобразований в Психическом.

Заканчивая данное сообщение, авторы хотят еще раз подчеркнуть, что вышесказанное является лишь гипотетической концепцией о феномене Психического, о возможности практического использования данных представлении в области психиатрии. Авторы осознают, что эта концепция лишь один из возможных вариантов описания существующей реальности, и они ни в коем случае не претендуют на абсолютную истину.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян Л. Первобытный праздники мифология. - Ереван: Изд-во АН АрмССР, 1983. - 151 с.
2. Абрамов В. А. Фанатическое поведение (идентификация, регуляторные механизмы, коррекция) // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы междунар. конф.; Тез. докл. - Днепропетр. обл. исполкома, 1994. - Т. 1. - С. 90.
3. Батуев А. С. Высшая нервная деятельность. - М.: Высш. шк., 1991. - 256 с.

4. Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. - Изд. 2-е перераб. - Л.: Наука, 1988. - 262 с.
5. Бжалава И. Т. Психология установки и кибернетика. - М.: Наука, 1966. - 250 с.
6. Блейлер Э. Руководство по психиатрии: Пер. с нем. - Берлин: Изд-во «Врач», 1920. - 542 с.
7. Братка А. А. Моделирование психики. - М.: Наука, 1969. - 176 с.

8. Голосовкер Я. Э. Логика мифа. - М.: Наука, 1987. - 217с.
9. Грюнбаум. Философские проблемы пространства и времени: Пер, с англ. - М.: Прогресс, 1969. 591 с.
10. Естественнонаучные основы психологии / Под ред. А. А. Смирнова, А. Р. Дурня, В. Д. Небылицина. - М.: Педагогика, 1978. - 368 с.
11. Жог В. И., Князев В. Н. Концепция супервзаимодействия и единство физического знания // Философ, науки. - 1991. - 1. - Т. 7. - С. 15-30.
12. Зейгарник Б. В. Теории личности в зарубежной психологии. - М.: Изд-во МГУ, 1982. - 128 с.
13. Зинченко В. П., Мамардашвили М. К. Изучение высших психических функций и категория бессознательного // Вопр. философии. - 1991. - 10. - С. 34-41.
14. Кемпински А. Психопатология неврозов. - Варшава: Польск. мед. изд-во, 1975. - 400 с.
15. Клиническая психиатрия: Пер, с нем. / Ред.-сост. Г. Груде, Р. Юнг, В. Майор-Гросс и др.; Под ред. Д. Д. Федотова. - М., 1967.
16. Космология. Теория и наблюдения: Пер, с англ. / Под ред. Я. Б. Зельдовича, И. Д. Новикова. М.: Мир, 1978. -
17. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление: Пер. с фр. / Под ред. В. К. Никольского, А. В. Кисина. - М.: Атеист, 1930. - 339 с.
18. Лосев А. Ф. Диалектика мифа // Философия. Мифология. Культура. - М.: Политиздат, 1991. - 524 с.
19. Дурня А. Р. Основы нейропсихологии. - М.: Изд-во МГУ, 1973. - 374 с.
20. Меграбян А. А. Личность и сознание (в норме и патологии). - М.: Медицина, 1978. - 176 с.
21. Налимов В. В. Спонтанность сознания. - М.: Прометей, 1989. - 287 с.
22. Нуллер Ю. Л. О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 1991. - 1. - С. 3-15. - № 2. - С. 3-17.
23. Пропп В. Я. Морфология сказки. - 2-е изд., М.: Наука, 1969. -168 с.
24. Психология: Словарь / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского - 2-е изд. испр. и доп. - М.: Наука, 1990. - 494 с.
25. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. - М.: Медицина, 1982. - Т. 1. - 544 с.
26. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. - М.: Наука, 1966. - 452 с.
27. Утияма Р. К чему пришла физика: От теории относительности к теории калибровочных полей: Пер, с япон. - М.: Знание, 1986. - 294 с.
28. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции: Пер. с нем. - М.: Наука, 1989. - 456 с.
29. Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология / Под ред. А. Н. Леонтьева. - М.: Прогресс, 1975. - 343 с.
30. Цехмистро И. З. Поиски квантовой концепции физических основ сознания. - Х.: Вища шк. Изд-во Харьк. ун-та, 1981. - 176 с.
31. Шизофрения / под ред. И.А. Полищука. - К.: Здоровая, 1976. - 264 с.
32. Юнг К. Г. Архетип и символ, - М.: Ренессанс, 1991. - с.
33. Ярошевский М. Г. История психологии. - 3-е изд. перераб. - М.: Мысль, 1985. - 575 с.
34. Binswanger L. Einfuhrung in die Probleme der allgemeinen Psychologie - Berlin: J. Springer, 192, 1922. - 383 s.
35. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologic. Fur Studierende, Arzte und Psychologen. - 3. verm. und verbes. Aufl. - Berlin: J. Springer, 1923. - 458 s.
36. Kraepelin E., Lange J. Psydiatrie. - 9 Vollstanding umearb. Aufl. - Leipzig: Barth, 1927. - Bd. I. - 954 s.
37. SchneiderR. Psychopathischen Personallichkeiten. 6 verbes. Aufl. - Wien: F. F. Deuticke, 1943. - 125 s.

А.П. Чупріков, Г.Я. Пілягіна

ДО КОНЦЕПЦІ ПОЛЯ ПСИХІЧНОГО

Київський НДІ соціальної та судової психіатрії

Сформульована гіпотеза, де психічне розглядається як одна з форм поля, адекватного електромагнітному та гравітаційному. Поле психічного може існувати як в формі квантованого, так і непереривного простору. Викладена концепція розглядається як підґрунтя до пошуку нових форм роботи з психічно хворими (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С. 69-78).

A.P. Chuprikov, G.Ya. Pilyagina

ABOUT THE CONCEPTION OF THE FIELD OF PSYCHIC.

Kiev Research Institute of Social and Forensic Psychiatry

The conception of Psychic as the find of field (like electromagenetic or gravitational) has formulated. The field of psychic may existance both like quantuted and continuous space. Author's conception ragards as a background of working out the new forms of work treating insane patients. (The journal of psychiatry and medical psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 69-78).

Поступила в печать 14.01.96

ДИАГНОСТИКА РЕЗЕРВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ОТБОРЕ ПРЕТЕНДЕНТОВ В ОПЕРАТИВНЫЙ ПЕРСОНАЛ АЭС

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии.

Ключевые слова: предболезнь, резерв психического здоровья, опознавание образа

На современном этапе развития атомной энергетики в условиях коренных социально-экономических и политических реформ от человека, претендующего на должность оператора АЭС требуется не только профессиональная пригодность к занимаемой должности, но и высокий уровень резерва психического здоровья. Отбор, учитывающий резерв психического здоровья позволяет отобрать персонал АЭС с высокой психической устойчивостью по отношению к воздействиям отрицательных производственных и социально-бытовых факторов, что повышает надежность этого персонала.

Учитывая современные требования отбора оперативного персонала АЭС разработана система резерва психического здоровья и методика его определения.

Резерв психического здоровья - это показатель устойчивости состояния психического здоровья человека по отношению развития предболезненных расстройств.

Предболезнь в системе резерва психического здоровья рассматривается как переходное состояние от нормы к патологии, относительно которого и оценивается величина резерва психического здоровья у человека. Предболезнь характеризуется типом дезадаптации, формой ее проявления (Александровский Ю. А. 1976, 1993; Ушаков Г.К. , 1978), регистром (Снежневский А.В., 1983) и спектром психических расстройств.

Предболезненное состояние характеризует как степень сохранности защитных сил организма, так и указывает на действие механизмов формирующих болезнь.

Согласно теории А.Д. Адо (1985), для развития болезни необходимо повреждение как первичное звено в ее развитии. Следующим звеном развития болезни является реактивность, которая рассматривается как способность организма отвечать изменениям жизнедеятельности на воздействия окружающей среды. Таким образом, реактивность определяет устойчивость

организма к повреждающим влияниям и может компенсировать повреждение (в этом случае болезнь не развивается) или, при недостаточной устойчивости, приводит к болезни.

Исходя из динамики развития болезни, используя системный подход, устойчивость по отношению развития предболезненных расстройств - это модель, прогнозирующая состояние сложной системы реактивности и состоящая из подсистемы повреждения и подсистемы, способствующей психической адаптации. Эти подсистемы соединены между собой относительно жесткими связями и имеют неодинаковое значение в развитии психических расстройств, отличаются различной степенью сложности своей структуры, своеобразием функциональных отношений. Поэтому система резерва психического здоровья не может быть объяснена, исходя только из статистических отношений составляющих ее подсистем, она нуждается в вероятностном понимании. Резервные возможности психики человека оцениваются в модели, прогнозирующей взаимодействие факторов подсистемы повреждения с факторами подсистемы адаптации психики человека и выражаются в вероятностном клинико-психологическом показателе реактивности, отражающем степень и характер возможных изменений психического здоровья относительно предболезненных расстройств.

Факторы подсистемы повреждения - это "факторы риска" психических заболеваний, состояние "единиц психической деятельности" (Лингарт И., 1970) и факторов среды, способствующие развитию психических расстройств у человека, тогда как факторы подсистемы адаптации, напротив, способствуют психической адаптации.

Модель взаимодействия факторов подсистем повреждения и адаптации психики человека строится с учетом прогноза их динамики и их функционального взаимодействия в смоделированных средовых условиях жизни человека, от-

носителем которых строится прогноз резерва психического здоровья. Модель средовых влияний учитывает:

1) изменение макросоциальных условий - динамика средового влияния вследствие социально-политических изменений в обществе:

2) изменение микросоциальных условий жизни: создание семьи, развод, увольнение с работы, поступление на работу, уход на пенсию, смена рабочего коллектива, перемена вида деятельности и т.д.

При оценке резерва психического здоровья претендента на оперативную должность АЭС особое внимание уделяется специфике оперативной деятельности, которая требует от адаптационной подсистемы особого состояния.

В диагностике состояния системы реактивности используется теория распознавания образов.

Теория распознавания образов в системе резерва психического здоровья позволяет создавать правила классификации объектов на основании уже известных образов классификации с известным значением признаков для каждого классифицируемого объекта. Список признаков, определяемых у объектов, подразумевается фиксированным, а механизм распознавания признаков считается заданным. Проблема распознавания образов представляет собой задачу получения алгоритма классификации, который может прогнозировать поведение классификатора. Алгоритм классификации в системе резерва психического здоровья имеет вид логической блок-схемы.

В системе резерва психического здоровья образу соответствует заключение о резерве психического здоровья, в которое включены количественные и качественные характеристики этого резерва.

В геометрической интерпретации под образом понимается область. Описание этой области - эталон, а отдельная точка - реализацией этого образа (Турбович И.Т., Гитис В.Г., Маслов В.К., 1974).

В системе резерва психического здоровья эталон - описание каждой степени снижения этого резерва, а "отдельная точка" - фактор резерва психического здоровья. Количественное описание того или иного фактора этого резерва - признак.

Понятие резерв психического здоровья в теории распознавания образов нужно интерпретировать как классифицирующий алгоритм для различения различных степеней снижения резерва психического здоровья.

Операциональное определение каждой степени снижения резерва психического здоровья как правила классификации, диагностики под-

разумевает выбор факторов (признаков) с правилами их определения и принятия решения о том, отнести ли факторы системы резерва психического здоровья к той или иной степени снижения этого резерва на основании известных признаков.

Основные этапы процесса опознания образов в системе резерва психического здоровья следующие:

1 этап: получение исходного описания - описывающего все факторы, влияющие как положительно, так и отрицательно на прогноз реактивности со стороны психики оператора АЭС. Для реализации этого этапа анализируются литературные источники с целью нахождения непараметрической корреляции между теми или иными факторами и прогнозом психического здоровья, изучается специфика деятельности операторов АЭС, специфические производственные факторы в контексте адаптационных возможностей человека-оператора в системе АЭС. Определяются все возможные факторы, потенциально влияющие на прогноз психического здоровья. При этом, необходимо устранить избыточность описания так, что бы сокращенное описание заключало в себе только ту информацию, которая сохраняет свойства разделяемости образов.

2 этап: нахождение системы признаков. На этом этапе определяется степень влияния каждого фактора на резерв психического здоровья, определяются связи между этими факторами. Для осуществления этого этапа определяются корреляционные связи между описанными на первом этапе факторами и морфофункциональным прогнозом деятельности головного мозга, прогнозом состояния психологических, психофизиологических качеств человека.

3 этап: построение решающего правила. Для построения решающего правила в системе резерва психического здоровья используется метод эталонов.

Структура распознающего правила: 1) блок измерения параметров (рецептор X); 2) блок принятого решения (классификатор O); 3) блок исполнительных устройств (эффектор S) (Загорюлько Н.Г., 1972).

В системе резерва психического здоровья блок измерения параметров (X) - это подфакторы, оценивающие морфофункциональный прогноз головного мозга, состояние психологических, психофизиологических качеств человека. Он состоит из подфакторов, характеризующих количественные (X1) и качественные (X2) значения. Блок принятия решения (O1), (O2) - правило классификации количественных и качественных параметров резерва психического здоровья (X1; X2), результатом которых является

показатель количественного (51) и качественного (52) значения состояния резерва психического здоровья. Показатели количественного и качественного состояния резерва психического здоровья объединяются в общее заключение о состоянии резерва психического здоровья (показатель 53). Следующий блок принятия решения (03) классифицирует показатель заключения об общем состоянии резерва психического здоровья с определением его степени снижения как критерия отбора на должность оператора.

Таким образом заключение о состоянии резерва психического здоровья отражает количественные и качественные характеристики возможных изменений состояния психического здоровья относительно предболезненных расстройств.

Количественная характеристика состоит из числового значения, которое отражает меру устойчивости состояния психического здоровья в отношении развития предболезненных расстройств. Качественная характеристика содержит указание на прогноз, относящийся к вероятному дальнейшему изменению психического здоровья в сторону развития предболезненных расстройств. Качественная характеристика заключения о состоянии резерва психического здоровья должна отражать тип возможной дезадаптации, форму проявления предболезненных расстройств, регистр и спектр возможных психических расстройств и может содержать, в случаях наличия соответствующей информации, указание на возможный “минимально” - “максимально” худший прогноз. Это может быть выражено ссылкой на минимально - максимальный регистр или спектр. Качественная часть заключения не обязательно должна включать все перечисленные требования, выносится в заключение только обоснованная информация. Более того, в заключении резерва психического здоровья может отсутствовать качественная характеристика, это происходит в тех случаях, когда количественная характеристика, как мера устойчивости состояния психического здоровья, высока. Количественная характеристика выражается в баллах, она имеет интервал от минимального значения (идеальное психическое здоровье) до максимального (предболезнь), весь этот интервал разделен на диапазоны “от” и “до”, которым даны качественные характеристики устойчивости состояния психического здоровья в от-

ношении развития предболезненных расстройств. В этом интервале есть критический диапазон, с которого можно прогнозировать качество вероятностного изменения психического здоровья в сторону психической дезадаптации. С этого диапазона заполняется качественная часть заключения о резерве психического здоровья.

Заключение о резерве психического здоровья составляется следующим образом: балл устойчивости состояния психического здоровья, на втором месте степень вероятности снижения резерва психического здоровья, затем тип, форма, регистр и спектр возможных психических расстройств или возможная нозологическая форма болезни. При отборе претендентов на должность операторов АЭС, при периодических медико-психологических обследованиях работающих операторов АЭС учитывается количественная характеристика диагноза резерва психического здоровья. В первичной психопрофилактической работе учитывается качественная характеристика резерва здоровья.

Все возможные диагнозы объединены в три группы, критерием которых является степень вероятности снижения резерва психического здоровья, психопрофилактические возможности индивидуума, годные для оперативной деятельности на АЭС, условно годные, негодные. Группа условно годных на должность операторов АЭС характеризует претендентов на должность операторов, нуждающихся в динамическом наблюдении и активных психопрофилактических мероприятиях в процессе работы.

Из вновь поступающих на работу принимаются только “годные на должность операторов АЭС”, при периодических медико-психологических обследованиях “условно-годные” остаются на должности оператора, но проходят курс психопрофилактических мероприятий по индивидуальным программам, “Негодные для оперативной деятельности” проходят курс реабилитационных мероприятий с повторным медико-психологическим обследованием, и при их отрицательных результатах решается вопрос о лишении оператора лицензии.

Использование критерия состояния резерва психического здоровья в отборе претендентов в оперативный персонал АЭС позволило улучшить качество отбора этого персонала, повысить надежность его работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. Вопросы общей нозологии. - М.: Медицина, 1985.-239 с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической

дезадаптации и их компенсация. - М.: Наука, 1976.-272 с.

3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, -993.-400 с.

4. Загоруйко Н.Г. Методы распознавания и их применение. -М. : Советское радио. -1972.-207 с.
5. Лингарт И. Процесс и структура человеческого учения. - М.: 1970. -С 14.
6. Снежневский А.В. Клиническая психопатология //

Руководство по психиатрии. М.: -1983. -Т.1. -С. 16-97.

7. Турбович И.Т., Гитис В.Г., Маслов В.К., Оpozнание образов. -М.: Наука, 1971. -245 с.

8. Ушаков Г.К., Пограничные нервно-психические расстройства. -М.: 1978.-400 с.

A.I. Dolganov

ДІАГНОСТИКА РЕЗЕРВУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ВІДБОРІ ПРЕТЕНДЕНТІВ У ОПЕРАТИВНИЙ ПЕРСОНАЛ АЕС

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії.

Резерв психічного здоров'я розглядається як показник стабільності психічного здоров'я людини по відношенню до розвитку предхворобливих розладів. Висновки про стан резерву психічного здоров'я відзеркалюють кількісні та якісні характеристики вигогідних змін стану психічного здоров'я. Використання критерію резерва психічного здоров'я дозволило поліпшити якість відбору оперативного персоналу. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1996. - № 1(2). - С.79-82).

A.I. Dolganov

DIAGNOSTIC OF RESERVE OF HEALTH DURING THE SELECTION OF CHALLENGERS IN OPERATIVE STAFF OF APS

Ukrainian SII of clinical and experimental neurology and psychiatry

The reserve of mental health has regardel as an index of stability of mental health according to the development of preclinical disorders. The conclusions about the state of reserve of mental health reflect quntitire and qualitative characteristics mental health level's probable chages. The using of criterium of mental health reserve's had enabled to improve the quality of the selection operative staff. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1996. - № 1(2). - P. 79-82).

Поступила в редакцію 25.04.96

РЕЦЕНЗИИ

В.Л. Гавенко, М.Е. Бачеріков, Т.С. Самардакова и др.
Програма з психатрії, наркології та медичної психології (для студентів медичних стоматологічних факультетів медичних вузів). Київ, 1992 - 42 с.

Рецензируемая программа составлена с учетом традиционных подходов к ее структуре - представлены ориентировочные планы лекций и практических занятий и учебная информация, относящаяся к содержанию обучения. В целом, за исключением языка написания, она ничем существенно не отличается от учебных программ, регламентировавших изучение выше указанных предметов в недалеком прошлом. К сожалению, ее разработчики не только не учли современных тенденций в высшей медицинской школе, но и допустили многочисленные фактологические и стилистические ошибки, что делает весьма проблематичным использование рецензируемой программы в учебном процессе.

Наиболее принципиальные замечания сводятся к следующему:

1. Эмпиризм при отборе учебной информации. Отсутствие концептуальной основы при разработке учебной программы. Содержание обучения не учитывает квалификационной характеристики специалиста, оканчивающего медицинский факультет, основных положений МКБ-10, конечных целей обучения на медицинском и стоматологическом факультетах и концепции развития охраны психического здоровья в Украине (Журнал медицинской психологии и психиатрии, 1995, N1).

2. Отсутствие интегрированного подхода к изучению различных разделов ментальной медицины.

3. Методическое несовершенство программы, не позволяющей определить время, необходимое для формирования у студентов профессиональных навыков (самостоятельная работа) и регламентирующей устаревшие формы экзаменационного контроля (субъективно-билетная система).

Декларируемый в пояснительной записке новый подход к преподаванию ограничился сведением изучаемых дисциплин в одну программу, что далеко не идентично с комплексным подходом к изучению психической нормы и патологии. Предлагаемое разобщенное изучение психологических и клинических аспектов психических процессов затрудняет формирование интегрированных представлений о взаимосвязи нормальных и патологических особен-

ностей психики. Бездоказательно и неконкретизировано утверждение о том, что программа составлена с учетом современных требований (каких?) к знаниям, умениям и навыкам, необходимым будущим врачам. Не ясно, входит ли в изучаемый курс раздел общей психологии, который не представлен в названии программы, планах лекций и практических занятий, но содржится в других ее разделах.

Из пояснительной записки остается непонятным, каким образом предполагается изучение причин и механизмов психопатологических симптомов, на чем основано выделение (помимо традиционных) раздела специальной психопатологии, в котором, в одном случае, предполагается рассматривать аномалии развития личности, в другом - психические нарушения при соматических и психогенных заболеваниях. Неверно утверждение, что курация больных способствует закреплению знаний, а не формированию навыков и умений. Последнее занятие должно быть посвящено не разбору больных (этим следует заниматься на всех практических занятиях), а контролю за уровнем овладения студентами профессиональными умениями.

С учетом современных требований к уровню подготовки специалистов в высшей школе и зарубежного опыта контроля за его качеством (в частности, объективизацией экзаменационного контроля не только знаний, но и умений) предлагаемая в программе билетная система экзаменов выглядит анохронизмом. Существующий в ряде вузов Украины опыт двухэтапного экзамена по различным клиническим дисциплинам (практическая часть со стандартизированной системой оценки навыков и умений студента и тестовая часть экзамена, которая, по возможности, проводится с использованием компьютерной техники) признается Главным управлением учебных заведений и кадров МЗ Украины как прогрессивный и нуждается в распространении.

Существенным недостатком учебной программы является несоответствующее учебному плану распределение времени изучения тех или иных разделов: 180 вместо 216 часов на медицинском факультете и 56 вместо 90 часов на стоматологическом факультете. Кроме того,

программа не содержит данных об удельном весе и распределении по отдельным темам времени, отводимого учебным планом на самостоятельную работу студента (72 часа на медицинском и 24 часа на стоматологическом факультетах).

Ряд замечаний частного характера относится к тематическим планам лекций и практических занятий. Психологические аспекты обучения и учебной деятельности правильнее рассматривать не в разделе психологии памяти, а после изучения мышления и интеллекта. Вызывает сомнение необходимость изложения будущим специалистам-стоматологам психических расстройств у больных акушерско-гинекологической патологией. Трудно представить, как психиатры будут преподавать психологические аспекты при хирургических, онкологических и акушерско-гинекологических заболеваниях. Если признавать разграничение медицинской психологии на общую и частную, то в предлагаемом курсе следует рассматривать общую психологию, а частные вопросы должны изучаться на соответствующих клинических кафедрах.

Наибольшее число возражений вызывают разделы, в которых представлена учебная информация (содержание обучения). Составители программы неоднократно подчеркивают, что содержание обучения должно быть ориентировано на врачей общей практики, в то время как выпускники медицинских факультетов будут распределяться по трем специальностям: “лечебное дело”, “педиатрия”, “гигиена и санитария”. Совершенно неверна попытка идентифицировать содержание обучения для студентов медицинского и стоматологического факультетов. Принципиальным недостатком является отсутствие информации о самостоятельной работе студентов, не приводится примерный перечень психологических методик для изучения отдельных психических функций и личности. Непонятно, какими методами и приемами будет реализована важнейшая задача медицинской психологии (см. пояснительную записку)- изучение “внутренней картины болезни”.

Выделение раздела “общая психология” не согласуется с названием программы и тематических планов лекций и практических занятий. Более того, такие темы как личность и деятельность, психологические основы общения, социально-психологические основы управления медицинскими коллективами и др. являются разделами социальной психологии и их преподавание вызовет естественные трудности на кафедрах психиатрии.

Едва ли целесообразно изучение в курсе ме-

дицинской психологии таких разделов, как психические расстройства при эндокринных заболеваниях, алкоголизме, заболеваниях сердечно-сосудистой системы и т.д. Эти нарушения предпочтительнее рассматривать в курсе психиатрии, что и предусмотрено программой (п. 5.7.). Непонятно, что подразумевается под “Изменениями психики у лиц, страдающих психическими заболеваниями” (стр. 18), о каких “дефектах” идет речь.

Неуместно упоминание о “борьбе” различных концептуальных подходов в психиатрии. В двух разделах дублируются принципы организации психиатрической помощи. К основным методам исследования психически больных отнесена целенаправленная психологическая беседа, хотя и традиционно этот метод именуется клинико-психопатологическим. Неверным представляется отнесение психоанализа только к диагностическим методам.

В разделе 4.1. к психосенсорным расстройствам вместо нарушений схемы тела и дизморфосий ошибочно отнесены деперсонализация и дереализация, которые следует рассматривать как формы нарушенного самосознания. В то же время в разделе 4.5. нарушения самосознания, воли и влечений не представлены вообще.

Роль социального фактора в формировании расстройств личности должна рассматриваться в широком плане, а не сводиться только к условиям воспитания, неправильно выделение нормальных и акцентуированных типов личности (р.4.6.).

Патохарактерологические и психопатические изменения правильнее понимать не как уровень индивидуальности (это, скорее, относится к нормальной личности), а как клинические варианты деформации личности. Непонятны различия между аномальными и патологическими личностями. В разделе 4.7. нозо-синдромальный подход к больному целесообразно дополнить понятием “функциональный диагноз”, позволяющим рассматривать больного с позиций его био-психо-социальной индивидуальности. Отражением вульгарного локализационизма является предлагаемая для изучения анатомо-физиологическая основа психопатологических синдромов.

В программе дважды перечисляются синдромы отдаленного периода ЧМТ, причем эти перечни совершенно различны (р.5.6.). Неясно, например, чем психоподобный синдром в отдаленном периоде ЧМТ отличается от посттравматического развития личности. Нет даже упоминания о психоорганическом синдроме, в то же время приводится явно устаревший и мало-

дифференцированный термин - энцефалопатия. В разделе 5.8. совершенно неправильно квалифицированы понятия “эпилептиформный синдром” и “эпилептический симптом” (вероятно - эпилептическая реакция). Пароксизмальные нарушения сознания - это важнейший диагностический признак не только эпилептического синдрома, но и эпилепсии как болезни.

Не соответствует современным воззрениям деление эпилепсии на конституциональную, генуинную и симптоматическую. В то же самое время отсутствует общепринятое деление эпилепсии на генерализованную с большими и малыми приступами и фокальную. Неверно отнесение дисфорий и помрачения сознания (например, эпилептическая кома) к эпилептическим психозам. В принципе, невозможна нозологическая диагностика судорожных припадков в силу нозологической неспецифичности психопатологических синдромов.

Правильнее ставить вопрос о дифференциальной диагностике эпилепсии. Абсурдным представляется перечень клинических проявлений эпилепсии: психотические, “психические эквиваленты” и психические нарушения, эпилептические психозы.

В разделе 5.9. требуют исключения неврозоподобные и психопатоподобные формы шизофрении. Возможность появления этих нарушений при шизофрении не должна идентифицироваться с их определяющей ролью при этом заболевании. Не существует шизоаффективной формы шизофрении. Патопсихологическое исследование не является вариантом соматоневрологического исследования. Едва ли целесообразно обучать студентов сложным клиническим вопросам дифференциальной диагностики шизофрении и других эндогенных психозов, которая должна осуществляться специалистами, имеющими сертификат врача-психиатра (кстати, шизофренических расстройств не содержит ни одна из приводимых в программе нозологических форм). Нуждаются в конкретизации нетрадиционные методы лечения эндогенных психозов.

В разделе 5.11. вызывает возражения перечень психогенных заболеваний. Непонятно приоритетное выделение псевдодеменции и пуэртизма и отграничение их от реактивных психозов. Не является нозологической формой депривационное состояние, самостоятельную группу патологии составляют психосоматические заболевания. Не является общепризнанным выделение большого числа клинических форм неврозов, в т.ч. “невротических нарушений внутренних органов”?! и нервной (а не нервно-психической) анорексии. Не бывает дисморфо-

бической формы неврозов, непонятен смысл выражения “лечение психотерапевтическое с помощью врачебных методов”. Пользоваться неврачебными методами вообще-то запрещает профессиональная этика.

Раздел 5.14. имеет много общего с разделом 4.6. Не выделены краевые формы психопатий. Не может быть дифференциальной диагностики психопатий с нормой (акцентуации).

Не имеет смысла специальное выделение в конце учебной программы перечня знаний, обязательных для усвоения студентами, так как эта информация дублирует соответствующие разделы обучения. Неправильно сформулированы названия разделов общей психопатологии, ориентируя на изучение психологических аспектов того или иного психического процесса. В то же время учебная информация содержит только перечень симптомов. Поэтому правильнее названия этих разделов начинать со слова “нарушения”...

Перечень практических навыков значительно превышает целевые установки преподавания различных разделов ментальной медицины в ВУЗе. Некоторые навыки лишены конкретного содержания и могут быть профессионально освоены только специалистами-психиатрами. Трудно, например, представить, чтобы студенты после окончания занятий на кафедре психиатрии умели разрабатывать и внедрять систему психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, направленных на гармоническое развитие личности и сохранение психического здоровья.

Таким образом, учебная программа по психиатрии, наркологии и медицинской психологии нуждается в существенной переработке с позиций современных требований, предъявленных к конструированию документов подобного типа. Коррекция необходима еще и в связи с введением с сентября 1996 года нового учебного плана, предусматривающего отдельное (на разных курсах) изучение психологии и психиатрии, изменение времени обучения и замену экзамена на дифференцированный рейтинговый зачет. По-видимому, необходима и профилизация содержания обучения в связи с практическим возобновлением набора студентов по специальностям “педиатрия” и “гигиена и санитария”.

В.А. Абрамов. (г.Донецк)

Поступила в редакцию 20.05.96

А.П.Чуприков, Г.Я.Пилягина. К концепции поля психического.
Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1996. - № 1(2). - С. 69-78.

В статье развивается гипотетическая идея о Психическом поле - ненаблюдаемой реальности, идентифицируемой с областью Бессознательного. Справедливо подчеркнута и подробно рассмотрена мысль о позитивной функции Бессознательного, как первичной познавательной активности, определяющей витальные и проприоцептивные качества восприятия, источнике нестандартного поведения. Возможная в любом случае актуальность статьи заключается в обсуждении одного из множества неклассических вариантов объяснения субстратно-функциональной природы душевной деятельности. Появление подобного рода гипотез в советской, да и в постсоветской печати - явление довольно редкое.

Что же касается оригинальности развиваемой в статье гипотезы, то она сформулирована в русле современных взглядов и подходов. Исследователям проблемы "психика-мозг" давно стало очевидной антиномичная противоречивость материалистического монизма с его всеобъясняющими постулатами-догмами: "сознание - функция мозга", сознание - отражение", что заставило искать иные подходы с альтернативных мировоззренческих позиций. В западно-европейской и американской научной литературе в настоящее время преобладают концепции психической реальности как равноценной материальному началу (онтологический дуализм, остро критиковавшийся в марксистской философской литературе), о бессознательной, иррациональной первооснове сознания и дискурсивных форм познания реальности. Значительно раньше, чем в нашей литературе, стали развиваться за рубежом информационные подходы в понимании психической активности, отношение которой к нейрональному субстрату стало описываться по кодовому типу - как знак (образ) и его материальный носитель (сигнал). В сущности, кодовый подход, позволяющий раскрыть безграничное богатство психического, не редуцируемого к нейрональным структурам и протекающим в них физико-химическим процессам, а с другой стороны - к простому воспроизведению, копированию действительности, уже был представлен в учении

З.Фрейда о бессознательном, в концепции архетипа (коллективного бессознательного) Н.Юнга. Позднее из советских авторов этот подход развивался на экспериментальной основе Н.Бехтеревой (кодирование понятий паттернами электрической активности мозга). Особенно оригинально, применительно к психиатрии, данный подход получил разработку американским ученым Станиславом Графом (см.: Граф С. За пределами мозга.- М. : Изд-во Трансперсонального института, 1993), который без всяких обиняков прямо заявляет о дуализме мира: "Сознание - не частный побочный продукт материального космоса, но исходный атрибут существования, вплетенный в саму ткань космоса", (Граф С. Целительные возможности необычных состояний сознания // Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности.- М., 1990.- С. 468).

Допуская в общем правомерность постановки авторами статьи вопроса об относительной авторитарности психического как субъективной реальности, следует в то же время отметить соккрытие (выразившееся в несамокритичности изложения авторами своей гипотезы) того факта, что развиваемая ими концепция работает лишь до определенных пределов, дальше которых она начинает выглядеть искусственным построением. Малоубедительным представляются сопоставления Психического поля с физическими полями, наделение его энергетическими характеристиками, отнесение бессознательного к неэвклидовому пространству, а сознательное - к эвклидовому. Малоубедительно, поскольку психически иной (невещественный, неполевой, неэнергетический) тип реальности - и н ф о р м а ц и о н н ы й, требующий для своего адекватного представления особого научного языка, понятий и концепций, наработанных длительным развитием психологии, психофизиологии, психиатрии, философии, комплексом гуманитарных наук. В связи с этим выскажусь более определенно. Мир - многоуровнев, познание его имеет многоаспектный характер. Разные аспекты знания не могут быть редуцированы, сведены один к другому. Для восприятия и усвоения многоуровневого разнообразия мира тре-

буется современный стиль мышления, включающий в себя принцип равноправности дополнительных (не сводимых один к другому) и альтернативных понятий, суждений, взглядов.

Мысль, высказанная в статье, что авторская трактовка Психологического “не противоречит тесному контакту Психического с морфофункциональной системой мозга” следовало бы развить. Поскольку это не согласуется с другим многократно повторенным высказыванием, что Психическое и морфофункциональная система мозга существует в р а з н ы х пространственно-временных измерениях, Впрочем, авторы пытаются дать ответ, как происходит этот контакт (кстати, это принципиальная психофизиологическая проблема и для развиваемой авторами гипотезы Психического поля): “Знаковый фильтр становится важнейшим барьером - проводником и переводчиком-во взаимодействии и взаимоотношении Психического индивидуума с объективной реальностью... Именно с помощью знаковых преобразований эвклидово пространство реального макромира соотносится с

субъективной совсем неэвклидовой реальностью Психического, становясь представлением индивидуума об объективной реальности, ее отражением, моделью, мифом и т.п. - Вычурно, научнообразно, но ничего не прибавляющее к тому, что известно (или неизвестно) психологии и психофизиологии. Вопрос по-прежнему остается без ответа: как все-таки связано психическое, идеальное, смысл-образ с физиологическим мозгом и с материальным внешним миром.

О стиле изложения. Эскурсы в область физики - неэкономно для внимания и времени читателя: чрезмерно усложняется изложение, на улавливается мысль авторов. Перенасыщенность неверифицируемыми (в том числе экспериментально не проверяемыми, не коммутирующими с психофизиологическими представлениями, не аргументированными клиническими случаями) понятиями, которые, как видно, дороги авторам, но читатель может их принять или не принять. С читателем надо считаться, пусть даже и развивая новые взгляды.

Морозов М.Н. (г.Донецк)

Поступила в редакцию 29.02.1996г.

Литвиненко В.И.
Терапевтическая среда психиатрического стационара.
- Полтава. - 1995. - 114с.

Рецензируемая монография является первой в нашей стране книгой, посвященной проблемам терапевтической среды (ТС) психиатрического стационара. В публикациях психиатров Украины книги по реабилитации крайне редки и их количество не удовлетворяет потребностей практики.

Фактически начавшаяся психиатрическая реформа, которая сопровождается изменением менталитета психиатров и переориентацией их с биологических методов лечения на психосоциальные, делает книгу особенно актуальной и полезной в практическом отношении. Примечательно, что книга написана практическим психиатром и является логическим продолжением множества его публикаций по вопросам реабилитации психически больных, психотерапии и организации психиатрической помощи.

Монография состоит из предисловия, 15 глав, заключения, приложений и списка литературы.

В начале монографии приводятся общие положения, в которых описывается современные представления о реабилитации психически больных, ТС стационара.

В главе “Развитие представлений о лечебной среде психиатрического стационара” приводится исторический обзор от реформ Ф.Пинеля до современных представлений о ТС. Представлены интересные сведения, среди которых можно выделить представления о средовых воздействиях незаслуженно забытого П.П. Малиновского. Его перу (1855) принадлежит первое сравнительное описание стационара, с хорошо организованной средой и стационара без всякой организации. Недостатком исторического обзора является отсутствие сведений о психосоциальной работе с больными в Украине, где имеется определенный опыт по реабилитации психически больных. А приведенное на с.57-59 описание реабилитационной работы в Полтавской психиатрической больнице за годы ее существования не только не компенсирует этого недостатка, но и указывает на утраченные возможности в приведении отечественного материала.

Проблемам формирования ТС в психиатрическом стационаре, которое рассматривается с позиций системного подхода, посвящены главы: “Социально-психологический климат трудово-

го коллектива”, “Особенности нововведений при создании ТС в психиатрическом стационаре”, “Структура взаимоотношений в психиатрическом стационаре”, “Работа с медицинским персоналом при формировании ТС”, “Социотерапевтические мероприятия как наиболее действенный фактор в создании и улучшении ТС психиатрического стационара”, “Социально-психологические исследования как метод улучшения и контроля за ТС”, “Роль медицинского психолога в создании ТС психиатрического отделения”, “Формирование ТС на уровне больницы”. В этих главах подробно и разносторонне описываются мероприятия, проводимые при формировании ТС, а также приводится стандарт социотерапевтической работы в психиатрическом отделении: включающий не только перечень рекомендуемых мероприятий, но и их характеристики. В стандарт входит:

1. Наличие и активное функционирование совета больных, который состоит из 8-12 человек. Совет имеет ежедневный план работы и ежемесячно переизбирается на общем собрании больных. В состав совета не входят лица с асоциальными тенденциями или уголовным прошлым.
2. Ежедневное проведение утренней гимнастики, тренировок и соревнований по доступным видам спорта.
3. Ежедневное проведение обзоров “Новости недели”.
4. Проведение внутриотделенческих соревнований на лучшую палату, бригаду, смену самообслуживания.
5. Наличие хора, художественной самодеятельности, постановку простых любительских спектаклей.
- Участие в общебольничных концертах. Совместное с другими отделениями проведение вечеров отдыха, литературных викторин, прочее.
6. Наличие психотерапевтических групп.
7. отражение в стенной печати жизни отделения и больницы.
8. Функционирование внутрибольничной библиотеки.
9. Охват больных трудпроцессами вне отделения до 70-90%.
10. Количество больных на 3 режиме до 60%.

Приведенный стандарт может быть полезным для профессионалов, работающих над улучшением ТС. В этих главах много практических рекомендаций, а описание социотерапевтических мероприятий у читающего создает впечатление причастности к жизни стационара. При анализе мероприятий по

формированию ТС на уровне больницы приводится примерный стандарт общепользовательских мероприятий. Автор справедливо подчеркивает, что эти мероприятия являются необходимым минимумом и только регулярное и привычное их проведение дает желанный реабилитационный эффект. Рассматривая уровень реабилитации более чем за 100 лет существования Полтавской психиатрической больницы, автор делает вывод, что “уровень реабилитационной работы в больнице совпадает с уровнем демократии в обществе”. Оригинальной является глава “О диагностике ТС”. При выделении критериев ТС использован тезис о том, что физическое окружение больных в стационаре является материальным отражением системы отношений в отделении. При этом впервые в отечественной психиатрической литературе использовалось социологическое наследие Питирима Сорокина. Выделяются наглядные и простые критерии: “контрастность”, “доступность” и “насыщенность”. Критерий “контрастность” усматривается в контрасте между проявлениями обычной и больничной среды, интерьером кабинетов персонала и палат. Критерий “доступность” предполагает доступность мест общего пользования, информации, контактов с врачами и внешней средой. Критерий “насыщенность” рассматривает насыщенность социотерапевтическими мероприятиями и отражает выполнение стандарта социотерапевтических мероприятий. Приводится методика количественной оценки ТС, которая может быть легко применена на практике. Дискуссионной и необычной для практического психиатра покажется глава “Некоторые психологические аспекты профессиональной деятельности психиатра”. Здесь описываются, характеризующие психиатрическую субкультуру, ментальные клише, психиатрические мифы и запреты. Используется пока еще непривычная терминология Э. Фрома, К. Юнга. Поднимается проблема профессиональной фрустрации и профессиональной деформации у психиатров. Свои утверждения автор иллюстрирует примерами из практики. При рассмотрении проблемы морального развития психиатра, используется шкала морального развития по Колбергу, которая приводится в приложениях, что не представляется излишним. Отдельная глава посвящена актуальной проблеме хронических больных. Анализируются причины хронизации больных, среди которых избыточное и нерациональное применение нейролептиков, недостаточное использование психосоциотерапии. Важной представляется пробле-

ма дифференциальной диагностики негативных влияний психофармакотерапии, постпроцессуальной депрессии, госпитализма и дефектных состояний. Поднимается вопрос о том, что в настоящее время эти состояния не дифференцируются, а рассматриваются как дефектные состояния. Указывается на необходимость преодоления мифа о конечных состояниях, приводящего к терапевтическому нигилизму. Мотивировкой автору служат так называемые предсмертные ремиссии, улучшение психического состояния при тяжелой соматической болезни, работы Е.Д. Мелехова и его собственные наблюдения. При анализе патернализма удачно используется терминология транзакционного анализа Э. Берна. Отмечается, что при патерналистских отношениях персонал занимает позицию “Родитель”, а больной - “Ребенок”. Эти позиции являются дополнительными и устойчивыми, что приводит к закреплению этих состояний. Патерналистские отношения рассматриваются как следствие профессиональной фрустрации и как одна из характеристик профессиональной деформации. Учитывая актуальность и распространенность феномена патернализма, данную главу следовало бы значительно расширить. Глава “Некоторые организационные аспекты терапии средой” будет полезна организаторам психиатрической помощи. В ней проводится анализ принципов организации работы психиатрических отделений от устаревшего деления поведенческим проявлениям болезни до территориального и функционального принципов. Автор считает, что противопоставление территориального и функционального принципов организации неправомерно и рассматривает их как взаимодополняющие. Нельзя не согласиться с автором, что грядущая деинституализация внесет свои поправки в принципы оказания стационарной помощи, которые выразятся в уменьшении размеров отделений и больниц, организации системы сателитного жилья. В приложениях приводятся “Примерные стандарты реабилитационной работы для клинико-статистических групп”, что позволит объективизировать работу реабилитации. Список литературы составляет 162 наименования отечественных и зарубежных авторов. Однако не все, упомянутые в тексте исследователи, приведены в списке литературы. Например, в тексте упоминаются работы Л.Л. Рохлина, А.М. Шерешевского, А. Том (1982), А.М. Шерешевского (1977), Л.О. Котко (1993) (с.11, 12, 86), но в списке литературы не представлены. В монографии неправильно приводится название работы Т.И. Юдина “Очерки отечествен-

ной психиатрии” вместо “Очерки истории отечественной психиатрии” (с.8, 110). Чрезвычайную информативность книги можно почувствовать с первых глав. А при более внимательном прочтении создается впечатление, что уровень внутренней свободы автора различен в первых и последних главах. Если в первых главах приводятся не всегда оправданные ссылки на авторитеты, не имеющие прямого отношения к реабилитационному направлению в психиатрии (например, на с.4 ссылка на З.Н. Серебрякову и А.А. Чуркина), то последние главы написаны свободным человеком, преодолевшим тотем и табу психиатрической субкультуры. Книга дает

повод для дискуссий, но данное обстоятельство свидетельствует скорее о ее достоинствах. Заклучая, следует отметить, что автору удалось в сжатой и удобной форме представить наиболее важные в практическом отношении сведения о ТС психиатрического стационара. Практические врачи в книге найдут много полезного для внедрения в работу лечебных учреждений. Приведенные автором сведения особенно актуальны в современный период переориентации с биологических на психосоциальные подходы в лечении.

Петрюк П.Т. (г. Харьков)

Поступила в редакцию 04.05.96

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ*А.К.Бурцев, Е.М.Выговская***СЛУЧАЙ ПАРАНОИДНОГО ПСИХОЗА У ГОМОСЕКСУАЛИСТА
(К 85-ЛЕТИЮ ОПИСАНИЯ “СЛУЧАЯ ШРЕБЕРА”).**

Донецкий государственный медицинский университет

С 1911г. - времени публикации З.Фрейдом “Психоаналитических заметок по поводу автобиографического описания случая паранойи (председатель Шребер)” берет начало тенденция рассматривать гомосексуальность как универсальную психодинамическую основу параноидных расстройств.

Следует отметить, что попытки связать возникновение бредовых расстройств и шизофрении обязательным существованием гомосексуальных тенденций и сексуальными проблемами в более широком смысле были тут же подвергнуты критике современниками, например, К.Г.Юнгом, Е.Блейером [1, 2]. В последующие годы в психоанализе связь гомосексуальности и паранойи приняла аксиоматический статус (подтверждением тому для профессиональной аудитории были выступления представителей Европейского поля психоанализа на первом Украинском семинаре медпсихологов в 1994г).

Вместе с тем, в рамках клинического подхода даже в такой стране с традиционно сильными психоаналитическими традициями, как США признано, что “клинические наблюдения не подтверждают гипотезы, выдвинутые Фрейдом. Значительное число бредовых больных не обнаруживает гомосексуальных наклонностей, а

большинство гомосексуальных личностей не выявляют симптомов паранойи или бредовых расстройств” [3]. Сама по себе, появившаяся лишь недавно у отечественных специалистов, возможность ознакомиться с описанием “случая Шребера” делает весьма сомнительной отнесение его к паранойе, так описанная симптоматика (зрительные, тактильные, слуховые галлюцинации, ощущения воздействия, нигилистический бред и пр.) скорее соответствуют представлению о парафреническом этапе шизофрении [4]. Следует отметить, что Фрейд употреблял термины “шизофрения”, “dementia praecox”, “парафрения” в специфическом психоаналитическом контексте, делая акцент на представленности процессов вытеснения, проекции и особенностях фиксации либидо, а не на собственно клинической феноменологии [5]. И все же, предлагаемое клиническое наблюдение представляет, с нашей точки зрения, интерес не только из-за казуистического совпадения внешних его особенностей с классической для психоанализа концепцией. Особенности клиники и выявленных личностных и патопсихологических характеристик больного, а также его проблемы, связанные с сексуальной ориентацией представляют интерес для практических психиатров.

* * * * *

Б.С. уроженец КомиАССР, русский. Родился вторым в семье (есть старшая сестра). Точных указаний на наследственную отягощенность психическими заболеваниями нет, однако известно, что отец больного отличался странным характером и оставил семью, когда больному было 3 года. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. В детстве переболел ветряной оспой, корью, простудными заболеваниями. Окончил 10 классов. Учился хорошо. Служил в армии полный срок. После демобилизации поступил в торговый техникум. Со времени поступления в техникум у больного систематически стали возникать конфликтные отношения с преподавателями и соучениками на почве постоянной “борьбы” за правду. Из-за этого вынужден был сменить место учебы. Окончив техникум, стал работать по

специальности в сфере общественного питания. Из-за крайне неуживчивого характера многократно менял места работы и жительства, утверждал, что несколько раз его сотрудники в различных городах “сговаривались” против него. Несколько раз был инициатором судебных разбирательств по поводу конфликтов на работе. В этот период отмечались непродолжительные знакомства с женщинами, прерывавшиеся, по словам больного, “из-за потребительского отношения к нему”. В возрасте 25 лет, после очередной смены жительства, женился. Через год жена, будучи беременной, попала в автомобильную катастрофу и погибла. Больной в очередной раз поменял место жительства, переехав в один из городов Крыма, устроившись работать в систему кинопроката.

Участвуя в организации творческих вечеров дея-

телей кинематографа попал, по его словам, “в божественную среду”, в которой бытовали традиции гомосексуальных отношений. Находясь в “депрессии после смерти жены и ребенка,” без существенного внутреннего сопротивления вступил в гомосексуальную связь с одним из кинодеятелей по инициативе последнего. После происшедшего” понял, что это-мое”, не испытывал ощущения моральной неполноценности. После этого неоднократно вступал в гомосексуальные связи, будучи всегда пассивным партнером. Обрел в среде лиц сходной сексуальной ориентацией устойчивый круг “друзей”, которые познакомили его спустя некоторое время с находящимся на отдыхе руководителем объединения предприятий общепита крупного города Донецкой области.

С последним у больного установилась стойкая гомосексуальная связь, завершившаяся, в конечном итоге, переездом в город, где проживал его партнер. Пользуясь покровительством сожителя, больной вскоре стал заместителем директора местного треста общественного питания. Совместное проживание продолжалось около 5 лет. В течение этого времени конфликтные отношения с окружающими отрицает.

Совместное проживание прекратилось в связи с тем, что партнер больного был убит. Больной, опасаясь, что его ожидает та же участь, немедленно уволился с работы, продал квартиру и переехал на постоянное место жительства в областной центр, где приобрел жилплощадь в частном секторе. В течение непродолжительного времени работал продавцом, киоскером, но вскоре оставил работу из-за того, что начал подозревать сотрудников во враждебном отношении к себе (“хотели меня под статью подвести”). По месту своего проживания организовал “своеобразный клуб”, где встречались гомосексуалисты. По словам больного, его дом был единственным местом в городе, где гомосексуалисты могли “культурно провести время, потанцевать, пообщаться.” Помимо постоянных участников этих встреч, с некоторыми из которых больной вступал в гомосексуальные отношения, его дом посещали “случайные” люди, которые, по мнению больного, время от времени похищали у него и его постоянных знакомых ценности. Больной вынужден был “отказывать им от дома”. Материальное положение больного стало крайне тяжелым. В это время тяжело заболела его мать, проживающая в республике Коми.

Из-за отсутствия средств больной не смог принять участие в похоронах, когда она вскоре умерла. По словам больного, он тяжело переживал случившееся, не мог уснуть несколько ночей, “видел перед глазами мать”. В этой ситуации он решил продать дом, где жил. Расхождение в оценке стоимости дома послужило поводом для возникновения у больного убежденности, что потенциальные покупатели и его бывшие партнеры” вовлечены в его преследование”. Под влиянием своих переживаний стал писать заявления в милицию с просьбой о защите. В заявлениях весьма обстоятельно излагал подробности преследования со стороны “бандитов, которые регулярно тер-

роризируют его”. В течение последующей недели многократно с подобными заявлениями обращался в ГУВД и РОВД. По ночам не спал, готовился к обороне, вооружившись кухонным ножом. Ночью, накануне госпитализации, начал слышать “голоса” преследователей, понял, что они окончательно решили расправиться с ним, принял случайного прохожего за члена “банды”, начал стучаться в дома к соседям, молил о помощи. А потом, побуждаемый страхом, добрался на другой конец города к своим знакомым. До утра не давал им спать, так как боялся, что они “сговорятся и выдадут его банде”. Утром, оказавшись на центральной площади города, принял прохожих за “окруживших его бандитов”, бросился за помощью к постовому, охранявшему здание областной администрации. Разубеждения милиционера не возымели действия. Больной продолжал искать помощи у встречных милиционеров, пока один из них не направил больного в ПБ, куда он самостоятельно явился с просьбой о защите. Согласился на госпитализацию.

Психическое состояние при поступлении: доступен контакту. Правильно ориентирован в собственной личности, во времени, окружающей обстановке. Испуган. Напряжен, то и дело подходит к окнам и выглядывает. Сообщил, что с улицы ему слышатся “голоса” преследователей, которые грозят убить его, оскорбляют из-за его сексуальной ориентации. Выказывания последовательные, ярко эмоционально окрашенные. Полностью уверен в существовании “банды” и реальности преследования. Больным себя не считает, однако согласен остаться в отделении из страха перед преследователями.

Очаговой неврологической симптоматики и органической патологии внутренних органов не обнаружено.

В отделении в первые дни пребывания оставался тревожным, уверенным в существовании “банды”. На фоне лечения (трифтазин 15 мг в сутки) тревога уменьшилась, появились элементы критического отношения к прежним бредовым высказываниям. В дальнейшем старался находиться рядом с медперсоналом. Охотно соглашался на психологические исследования, старался произвести благоприятное впечатление, держался подчеркнуто вежливо. Когда речь заходила о матери, имели место выраженные эмоциональные реакции: с одной стороны проявлял сожаление по поводу ее смерти, а с другой крайне негативно оценивал ее роль в своей судьбе (“выжила отца”, была “причиной” раннего ухода больного из родного дома). Через месяц лечения стал полностью критичен к перенесенному психотическому эпизоду. После отмены медикаментозного лечения в течение 2-х недель оставался полностью критичным, сохранял реальные планы на будущее. Был выписан.

Данные клинико-патопсихологического исследования.

Исследование проводилось на 5-6 день пребывания в стационаре в период заметной ведущей психотической симптоматики при наличии у паци-

ента четкой положительной установки на углубленное психологическое обследование.

Темп психических процессов обычный, при исследовании познавательных процессов обнаруживалась достаточная устойчивость внимания и способность его к распределению (по корректурной пробе).

При исследовании памяти по методике запоминания 10-и слов воспроизвел все с 4 предъявления, через час-9. При проведении классификационной пробы, исследований на исключение и установлений аналогий обнаруживал высокий уровень абстрагирования с опорой на существенные признаки, по методике пиктограмм воспроизвел точно большинство предложенных понятий, при этом больным использовались адекватно эмоционально насыщенные образы, имеющие общепонятный, часто тривиальный характер и не отражающие индивидуальной проблематики.

Обследован по методике СМИЛ. Соотношение контрольных шкал (L:F:K=39T:70T:44T) отражает сохраняющуюся высокую степень дезинтеграции психического функционирования и тенденцию к подчеркиванию драматичности сложившейся ситуации. В целом профиль имеет “плавающий” характер с “позитивным” наклоном, отражающим психотический уровень расстройств.

Максимальные пики отмечаются по шкалам б(Ра)-94Т,5(Мf)-81Т,8(Sc)-78Т, а также 3-(Ну)-71Т. Сочетание пиков по б и 8 шкалам характерен для больных с систематизированным бредом. Ригидность аффекта в отношении своих неприемлемых обществом побуждений к установке через вторичную идеаторную переработку создает у больного субъективную уверенность в своей безусловной правоте, оправданности своих позиций, оценок поступков. Характерно крайне болезненное переживание отсутствия признания и принятия обществом. Отсутствие способности к интуитивному пониманию окружающих, затрудненность пропусков внутрь отрицательных сигналов от них сочетается с ранимостью. Относительно более низкий по сравнению с 8 и 6 показатели по 3(Ну) и 7(Pt) шкалам, а также высокий показатель по F объясняют формирование бредовых идей путем замены реального общества совокупностью собственных проекций и появление на высоте психотического эпизода галлюцинаций (“аутистическая коммуникация” по К.Леонгарду).

Особая дисгармоничность личности больного задается ярко выраженными чертами феминности, которые отражают в данном случае не только выбор реальной сексуальной ориентации, но и глубокое внутреннее противоречие между стеничностью и тенденцией к подчиняемости, чувствительности, сентиментальности, желанием быть признанным окружающими. Существование этого противоречия обнару-

живается довольно редко встречающимся сочетанием повышения показателей по б и 3 шкалам, что проявляется в стремлении, с одной стороны, ориентироваться на внешнюю оценку с вытеснением отрицательных мнений окружающих и, с другой, в ощущении враждебности окружения. Типичное при этом декларирование доброжелательного отношения к окружающим при внутренней враждебности и подозрительности находит отражение в низких показателях нулевой шкалы (Si). Имеющийся при этом низкий показатель шкалы К и относительно повышенный - 9 (Ma) соответствует стремлению к социальным контактам, ориентировке на внешнюю оценку с желанием повысить ее, а также тенденции доминировать и одновременно взывать о помощи (“реакция призыва”).

Метод цветowych выборов (8-цветовой тест М.Люшера) выявил следующие последовательности :

4-3-5-2-1-6-0-7

4-3-5-2-6-1-0-7.

Практическая идентичность выборов указывает на повышенную тугоподвижность эмоциональных оценок. Выраженность стресса в условных единицах минимальная (1!). В качестве декларируемой личностной тенденции выдвигается стеничность, активная позиция, стремление избежать любых ограничений, желание самостоятельности, повышение собственного престижа.

Вместе с тем имеют место застенчивость и пассивность, невозможность проявить раскованность чувств, чувствительность. При условии существования этих противоречий отмечаются нереализованность чувственных связей, затруднение межличностных контактов узкого круга, физиологическая потребность в пребывании в зоне комфорта, желание преодолеть чувство пустоты.

Больной переживает чувство обиды, недоверчив, склонен преувеличивать враждебность отношений к себе окружающих. Настойчив в реализации иррациональных способов противодействия окружающим.

Надежды и ожидания отличаются неопределенностью, удручен тайным страхом, возникающим из-за нежелательности возможного партнера. Указанные опасения вызывают беспокойную активность, разбросанность, непоследовательность.

Заключение по данным психологического исследования: у больного отсутствуют нарушения личностно-мотивационного компонента мышления и искажения процесса обобщения, присущие шизофреническому-регистр синдрому. В то же время получены данные, подтверждающие наличие бредовых расстройств, базирующихся на высокой психической (аффективной) ригидности. Отмечается глубокая противоречивость, дискордантность личностных тенденций, обуславливающих существование стойкой дисгармонии личности.

Обсуждение

Клинические проявления данного случая представлены остро развившейся и преходящей

параноидной симптоматикой на фоне стойкой аномалии личности. В соответствии с диагнос-

тичекими критериями МКБ 10 можно исключить принадлежность рассматриваемого случая к рубрике F 20 (Шизофрения) в силу кратковременности психотического эпизода и отсутствия хотя бы одного четкого симптома или двух нечетких [6]. В качестве основного диагноза, послужившего причиной стационарного лечения является одно из расстройств, кодируемого в рубрике F 23 (Острые и транзиторные психотические расстройства). Симптоматика описываемого случая не соответствует рубрикам F 23.0 (Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении), так как несмотря на острое начало отсутствуют полиморфизм галлюцинаций и бреда, нестабильность эмоционального состояния. Для классификации следует применить рубрику F 23.3 (Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства, включая психогенный параноидный психоз). Подобный диагноз устанавливается при соответствии критериям: а) острое начало психотической симптоматики, б) отчетливое присутствие бреда и галлюцинаций, в) отсутствие критериев рубрик F 20 и F 23.0 [7]. По положению МКБ 10 расстройства личности предшествуют или сопровождают ограниченные во времени психические расстройства, оба они должны быть диагностиро-

ваны. Поэтому статистический код рассматриваемого случая должен включать также шифр F 60.0 (Параноидное расстройство личности) на основании соответствия как общим критериям рубрики F 60 (пункты а, б, в, д, е), так и частным рубрики F 60.0 (а, б, в, г).

Касаясь конкретных психологических механизмов патогенеза психотического эпизода нам представляется возможным выделить особую роль смерти матери больного как пускового механизма. Об этом свидетельствует как бурная и амбивалентная аффективная реакция на всякое упоминание о матери, так и личностная специфика больного. У лица с высокими показателями по шкалам паранойи, шизоидности и феминности может иметь место проекция аутоагрессивных тенденций, связанных с внутренним неприятием собственной сексуальной ориентацией на аффективно значимых лиц из ближайшего окружения. Таким объектом для нашего больного была его мать. Когда она умерла объектом проекции указанных тенденций стали сексуальные партнеры. Окончательному оформлению клинической симптоматики безусловно способствовали, как общая кризисная ситуация в обществе, так и нерешенность в нем социальных и психологических проблем сексуальных меньшинств.

Выводы

1. Представленный случай доказывает возможность возникновения преходящих бредовых расстройств психотического уровня у лиц с гомосексуальной ориентацией, однако не сама по себе эта ориентация создает предпосылки для их развития, а параноидальный склад личности является их основой.

2. МКБ 10 позволяет статистически учесть как расстройства, непосредственно приводящие к госпитализации, так и преморбидные свойства личности, что отличает ее от МКБ 9 и создает основы для многоосевой диагностики.

3. Вместе с тем для более полного учета своеобразия каждого отдельного случая необходимо дополнять имеющиеся статистические оси клинико-патопсихологической для формулировки функционального диагноза.

4. Хотя гомосексуализм не включен в число парафилий, он должен учитываться в общем диагностическом заключении, так как нерешенные в обществе проблемы сексуальных меньшинств играют существенную роль в возникновении и окончательном оформлении симптоматики нервно-психических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юнг К.Г. Либи́до, его метаморфозы и символы. - С.-Петербург. - 1994. - С. 133-144.
2. Фрейд З. Очерк истории психоанализа // Я и Оно. - Тбилиси. - Т.1. - 1991 - С. 46-69.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. - Москва. - Т.1. - 1994. - 276с.

4. Дадун Р. Фрейд. - Москва. - 1994. - С. 133-135.
5. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. - Москва. - 1996. - С. 578-579.
6. МКБ-10. С.-Петербург. - "Адис". - 1994. - С. 103.
7. МКБ-10. С.-Петербург. - "Адис". - 1994. - С. 88-89.
8. МКБ-10. С.-Петербург. - "Адис". - 1994. - С. 199-200.

Поступила в редакцию 5.06.96

УДК 616.8/616.89

*О.В.Синяченко***ВИДНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ В
НУМИЗМАТИЧЕСКИХ И ФАЛЕРИСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛАХ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: неврология, психиатрия, нумизматика, фалеристика

Существует много форм изучения истории медицины и одна из них - тематическое коллекционирование почтовых марок и конвертов (филателия), открыток (филокартин), бумажных денежных знаков (бонистика), монет и медалей (нумизматика), нагрудных знаков (фалеристика) [3-5, 9-15]. Коллекционные материалы несут в себе сочетание лаконичности определенной идеи и оригинальности ее выражения.

Новые возможности познания истории неврологии и психиатрии открывает нумизматика (от греческого "нумизма" монета) и фалеристика (от латинского "фалерэ" - нагрудный металлический медальон, боевой знак античных воинов). Медали и значки, собранные вместе и описанные непредвзято, без политической декларации, составляют целую картину жизни.

Первый нумизматический материал относится к 1883 году, когда была выпущена бронзовая медаль (мастера Ф.Вернона) с барельефным профилем Жана Мартена Шарко (1825-1893) знаменитого французского невролога, который работал в Парижском госпитале Сальпетриер. Он создал учения о мышечных атрофиях, рассеянном склерозе и истерии, клинически обосновал наличие двигательных и чувствительных центров в головном мозгу.

Автор этих строк в своей коллекции имеет бронзовую медаль, выпущенную в Чехии в честь Зигмунда Фрейда (1856-1939) - австрийского врача-психиатра и психолога. Портрет основателя психоанализа (голова, фас) украшает аверс медали.

С опозданием на год (в 1977г.) к 100-летию Василия Алексеевича Гиляровского (1876-1959) Московским монетным двором выпущена бронзовая медаль работы В.Решетцова. На аверсе помещен погрудный портрет ученого, а на реверсе текст: "Президиум правления Всесоюзно-

го научного общества невропатологов и психиатров".

Несколько медалей посвящены великому Ивану Петровичу Павлову (1849-1936), труды которого касаются вопросов нейрофизиологии и имеют огромное прикладное значение для неврологической и психиатрической практики. В знак глубокого уважения перед заслугами лауреата Нобелевской премии (1904г.), одного из крупнейших ученых современности, была изготовлена медаль (медальер А.Васмтинский), на реверсе которой указан 1924 год - 50-летие научной деятельности ученого. В 1982 году в честь "старейшины физиологов мира" отчеканена бронзовая медаль работы А.Королюка. Премия им.Павлова и медаль одному из первых были вручены ученику И.П. Павлова Леону Абгаровичу Орбели (1882-1958), который в 1939 году в Колтушах создал Институт эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности с клиническим центром. В последующем премией им.Орбели с вручением медали удостоен Евгений Михайлович Крейс (1899-1985) за исследования по нейрофизиологии и эволюционной нейрохимии.

Портреты И.П. Павлова имеются на многих фалеристических материалах. Их можно встретить на значках, выпущенных к XI (Ленинград, 1970) и XV (Кишнев, 1987) съездам физиологов СССР, IX (Запорожье, 1972) съезду физиологов Украины, а также посвященных Всесоюзному физиологическому обществу АН СССР, 50-летию психоневрологического объединения (1919-1969) и др.

Изображения корифеев науки, внесших неопределимый вклад в развитие неврологии и психиатрии, можно встретить на значках, изготовленных для форумов ученых в 1969г., 1975г., 1981г. (И.М.Бехтерев), в 1986г. (К.И.Платонов), при-

уроченных к юбилеям высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов (И.М.Сеченов, В.П.Сербский, В.П.Протопопов и др.). Много портретов Ибн-Сины (Авиценны), которого некоторые даже считают основоположником неврологии и психотерапии, установившего роль психической травмы в развитии заболеваний [6].

Мы убеждены в том, что современные поколения врачей недостаточно чтят память корифеев медицинской науки. Это легко проследить по изучению фалеристических материалов. На значках, выпущенных к научным форумам неврологов и психиатров, чаще всего изображаются головной мозг, нейронные дуги, кривая энцефалограммы, греческая буква ψ (пси). Конечно, на этот счет какой бы то ни было “регламентации” не существует и право оргкомитета конгрессов, конференций, симпозиумов определять рисунок изготавливаемого значка. Но непонимание или игнорирование некоторых исторических событий снижает познавательную ценность значка, что в конечном счете сказывается на образованности, а может быть, и общей культуре врачей. С учетом сказанного проиллюстрируем наши суждения на некоторых примерах.

В 1974 году в Москве состоялась 1-я конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. На значке, выпущенном к этому событию, изображена чаша со змеей (общемедицинская эмблема). На наш взгляд, было бы уместным поместить портрет Григория Ивановича Россоломо (1860-1928) одного из основоположников мировой детской неврологии. В том же году в Казани прошел III-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. В рисунок значка включено изображение башни Казанского Кремля. Между тем необходимо отметить, что именно в Казани Владимир Михайлович Бехтерев (1857-1927) учредил общество невропатологов и психиатров (1893г.), став его первым председателем (до этого такое же общество в 1890 году образовано в Москве). Кстати, как раз в 1974 году на Волковском кладбище С.-Петербурга состоялось открытие памятника В.М.Бехтереву [8]. На Литераторские мостки урна с прахом ученого перенесена из Психоневрологического института, который был открыт в 1906 году по инициативе В.М.Бехтерева, психолога Александра Федоровича Лазурского (1874-1917) и нейрохирурга Людвигу Пуусеппа (1875-1942). По нашему мнению, портрет великого В.М.Бехтерева, вне-

сшего огромный вклад в изучение морфологии и физиологии нервной системы, невропатологии, психиатрии и медицинской психологии [1] должен был бы заменить на эмблеме съезда архитектурную достопримечательность города.

Когда научная медицинская общественность отмечала 110-ю годовщину со дня рождения и 40-ю со дня смерти В.М.Бехтерева, в Киеве прошел IV-й съезд невропатологов и психиатров Украины. Рисунок значка состоял лишь из текста (легенды) на фоне флага УССР. Нужно заметить, что В.М.Бехтерев поддерживал тесные связи с учеными Украины и являлся действительным членом научного общества им.Т.Г.Шевченко во Львове [2]. Справедливо было бы поместить портрет ученого в изображение и этого значка.

В 1979 году в Суздале состоялась 1-я школа молодых психиатров страны. На значке, выпущенному к этому событию, изображена буква ψ . А ведь работа школы проходила в год 150-летия со дня рождения И.М.Сеченова (1829-1905), величайшего нейрофизиолога современности, доказавшего роль физиологических процессов в основе психических явлений [16], а также в год 125-летия со дня рождения Сергея Сергеевича Корсакова (1854-1900), одного из основоположников нозологического направления в психиатрии. В фалеристических материалах эти события не отражены, хотя могли оказать на молодых врачей и ученых должное воспитательное и познавательное значение. Такие примеры можно продолжить.

Пока еще отсутствует отображение в нумизматике и фалеристике научной, педагогической и лечебной деятельности А.Я.Кожевникова (1836-1902) - первого заведующего кафедрой нервных болезней Московского университета (с 1852г.), организатора и председателя общества невропатологов и психиатров России, И.Л.Сикорского (1842-1919) - первого заведующего кафедрой нервных и душевных болезней Киевского университета св.Владимира (с 1885г.), редактора журнала “Вопросы нервно-психической медицины” (с 1896г.) [7], И.М.Балинского (1827-1902) - одного из основоположников психиатрии в России, П.Б.Ганнушкина (1875-1933) - создателя учения о пограничных психических состояниях, П.П. Кашенко (1858-1920) - основоположника социальной психиатрии, организатора оказания психиатрической помощи населению и многих других.

Величие корифеев неврологии и психиатрии, стоявших у истоков знания, проявляется поразительным видением ими будущего, предчувствием тех идей, которые и сейчас не стали хорошо освоенными. Деятельность славной плеяды ученых должны помнить потомки в материалах нумизматики и фалеристики, как сберегли до нас славу Гиппократ, Галена, Эмпидокла их поколения на древнегреческих и римских монетах.

ды ученых должны помнить потомки в материалах нумизматики и фалеристики, как сберегли до нас славу Гиппократ, Галена, Эмпидокла их поколения на древнегреческих и римских монетах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архангельский Г.В. В.М.Бехтерев - выдающийся деятель отечественной науки: К 125-летию со дня рождения // Клиническая медицина. - 1983. - 2. - С.106-110.
2. Ганіткевич Я.В. вген Озаркевич - один із засновників Українсько медично науки // Лікарська справа.- 1992. - 5. - С.103-106.
3. Грибанов Э.Д. Медицинская нумизматика //Советская медицина. - 1965. - 3. - С.63-67.
4. Грибанов Э.Д. Медицина в необычном.-М.: Советская Россия. - 1988. - 176с.
5. Ильинский В.Н. Значки и их коллекционирование. - М.: Связь, 1976. - 192с.
6. Мансуров Х.Х. Врачебное наследие Ибн-Сины и современная клиническая медицина //Терапевтический архив. 1980. - 11. - С.149-151.
7. Нахапетов Б.А. О деятельности И.А. Сикорского как невролога // Врачебное дело. - 1992. - 5. - С.99-102.
8. Памяти В.М.Бехтерева // Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. - 1974. - Т.4. - 9. - С.14-33.
9. Пиріг Л.А. Українська медицина в дзеркалі філателі // Лікарська справа. - 1991. - 9. - С. 118-121.
10. Синяченко О.В., Прохоров Е.В. Форумы медиков Украины в фалеристическом отображении // Врачебное дело. - 1991. - 6. - С. 111-112.
11. Синяченко О.В. Донецкий медицинский институт в зеркале фалеристики // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 1993. - Т.2. - 2. - С. 237-241.
12. Синяченко О.В. Выдающиеся медики Украины и фалеристика // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Сб. научных трудов. - Донецк. - 1994. - Ч.1. - С. 134-137.
13. Синяченко О.В. История анатомии в нагрудных знаках / Тезисы докладов XI научной конференции морфологов. – Донецк. - 1994. -С.153-154.
14. Синяченко О.В. Увековечивание памяти великих терапевтов в медалях // Тезисы докладов 1-й совместной конференции Донецкого медицинского института и лицея. – Донецк. - 1994. -С.70-71.
15. Синяченко О.В. Фалеристика как путь изучения истории медицины // Тезисы докладов юбилейной конференции, посвященной профессору Л.Г.Завгороднему. - Донецк. - 1994. - Ч.3. - С. 44-45.
16. Шмидт Е.В., Бассин Ф.В. Отражение идей И.М.Сеченова в некоторых направлениях развития современной неврологии: К 150-й годовщине со дня рождения И.М.Сеченова // Клиническая медицина. - 1979. - 9. - С.3-11.

Поступила в редакцию 21.03.96

ТВОРЧЕСТВО ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ*И.И.Мирошниченко***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ “НАУКОТВОРЧЕСТВА” ДУШЕВНОБОЛЬНОГО**

Донецкий государственный медицинский университет

Творчество душевнобольных всегда было интригующим, и не только для психиатров. Однако оно не получило заслуженной оценки ни в теоретической, ни, тем более, в прикладной психиатрии. Предлагаемая статья призвана внести посильную лепту в дело заполнения этого пробела. Проанализирован любопытный случай из клинической практики. Больной шизофренией разработал и настойчиво пытается внедрить “концептуальную модель шизофренического заболевания”, претендуя на роль революционного новатора в наукотворчестве. Этот случай являет собой красноречивый пример увеличения творческой активности в период душевной болезни, доказывая, что творчество при психических заболеваниях является одним из путей адаптации к болезненно измененным состояниям психики.

Творчество относится к сфере духовного производства, личного самовыражения и специфического познания. А значит, оно является уникальным подспорьем в деле индивидуального, неформального подхода в психодиагностике личности больного. Творчество - это прежде всего психический акт, поэтому врач, психиатр имеет полное право анализировать его результаты. С другой стороны, психиатрия может внести большой вклад в понимание механизмов творчества вообще, познание личности творящего, его деятельности и взаимоотношений с окружающим. Ибо патология часто помогает понять то, что происходит или что должно происходить в норме.

В понимании сущности психического явления большую помощь оказывает оценка грубых, “зашкаливающих”, наглядных вариантов.

В частности, анализ особенностей психических функций в патологии, более выраженных и отчетливых, чем в норме, при изучении творчества душевнобольных может дать ключ к раскрытию тайн творчества здоровых.

Главным доводом в пользу необходимости тщательного исследования творческой деятельности душевнобольных психиатрами является то, что она часто бывает маркером болезни, а

нередко единственным источником информации о ее начале и течении.

В контексте этих целей изучения творчества душевнобольных оптимальным является определение творчества - как “условного термина для обозначения психического акта, выражающегося в воплощении, воспроизведении или комбинации данных нашего сознания в (относительно) новой форме в области отвлеченной мысли, художественной или практической деятельности” [7].

Прояснению механизмов творчества душевнобольных способствует анализ названия, целей написания и содержания, особенно тогда, когда они воплощают психопатологические феномены, необычные порывы, субъективизированные, странные отражения некоторых переживаний.

Прежде всего необходимо выяснять, является ли данная работа “достаточно патологической” по своей форме или содержанию, иными словами, может ли она вообще служить адекватным объектом для специфического психиатрического анализа, потому что далеко не всё, что написано душевнобольными, имеет патологическую сущность. Работа может отражать многие другие стороны личности автора, а не только его заболевание.

Заболев психически, люди, как в детстве, проявляют повышенное стремление к различным творческим занятиям. Одни пишут стихи или прозу, другие поют, танцуют, музицируют или рисуют. “Иногда под влиянием болезненного процесса, в силу каких-то внутренних причин больной впадает в творческое интуитивное переживание...”[4]. При улучшении состояния больного его творческие способности, как правило, постепенно уменьшаются и исчезают при выздоровлении. “Большая часть талантов, созданных болезнью, - как писал Эскироль [1], - покидает индивидуума вместе с исчезновением болезненных симптомов”.

Психическая болезнь не всегда порождает творческую активность. Творчество и заболевание могут совпадать или не совпадать по вре-

мени начала. Творческая активность может возникнуть в ходе болезни, проявляя себя как ее этап.

Но выраженное нарушение адаптации в целом при психических заболеваниях не подлежит сомнению, ибо грубо нарушается деятельность всего психического аппарата, и появление или усиление творческой активности во время болезни с исчезновением или уменьшением ее при выздоровлении невозможно объяснить иначе, чем привлечением ее в качестве дополнительной помощи.

Склонность к творчеству при психических болезнях правомочно представлять как компенсаторную реакцию психики, направленную на стабилизацию нарушенного вследствие заболевания “нервно-психического гомеостаза”. Реализуется потребность в освобождении от психопатологических переживаний, упорядочении течения представлений и ассоциаций, стабилизации рассогласованной системы, возобновлении реальности и целостности мира.

Таким образом, творчество душевнобольных - один из возможных вариантов выхода человека из особого состояния внутреннего напряжения, дискомфорта, иными словами, это один из ведущих механизмов адаптации при дезинтеграции психической деятельности вследствие болезни, направленный на предохранение от дальнейшей декомпенсации.

При этом психическое заболевание само по себе не является “творчествогенным механизмом”, оно создает некую комбинацию условий, которые в сочетании с преморбидными особенностями личности больного могут стимулировать творческую активность, привлекая для рестаблизации не свойственные ранее этому человеку чрезвычайные механизмы. Хотя болезнь и не создает талантов, она может усилить творческое начало, произведению придать окраску неповторимой оригинальности.

Творчество правомерно рассматривать как метод борьбы с патологией. Подъем творческой активности схож с некоторыми проявлениями психической болезни, но всё же он ей противоположен по своей сути. Заболевание дезинтегрирует, а творчество упорядочивает, стабилизирует, реорганизует. Следовательно, душевнобольные творят не благодаря болезни, а для борьбы с безумием.

Творчество душевнобольных - один из наиболее Эго-синтоничных способов переработки душевных конфликтов на бессознательном уровне. Согласно Ф.В.Бассину с соавторами [2], интуиция, лежащая в основе творчества обла-

дает способностью знания, которое не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербализуемый и поэтому осознаваемый опыт. Благодаря особенностям творческой активности бессознательное опережает сознательное при столкновении со сложными, многогранными явлениями действительности, причем именно в таких особо сложных ситуациях происходит переход на творческий регистр функционирования.

Таким образом, творчество является своеобразной формой приспособления при нехватке у человека реального опыта, так как его творческое воображение способствует решению проблем, выходящих за пределы собственного, недостаточного опыта. По мнению Л.С.Выготского [3], воображение - это средство расширения опыта человека, потому что он “может представить себе по чужому рассказу и описанию то, чего в его непосредственном опыте не было”.

Психическая болезнь создает для человека новые, необычные для него сложные условия, к которым ему необходимо заново адаптироваться. Дезорганизация психической деятельности при психозах затрагивает и организацию ассоциативного процесса.

При этом зачастую происходят изменения в ассоциативной структуре в сторону нарастания ее подвижности и увеличения творческих тенденций. Такие особенности ассоциативного процесса в творчестве детей и гениев, как подвижность, способность к установлению внешне далеких связей, неожиданность и многообразие соединений, прослеживаются и в произведениях душевнобольных.

А.Л.Скобцова [8] в эксперименте с больным шизофренией обнаружила увеличение числа ассоциаций в манифестной стадии заболевания и при большой его длительности, свидетельствующее о дезорганизации, беспорядочности в структуре ассоциаций больных шизофренией.

Это же подтверждают и исследования Ю.Ф.Полякова [5,6], объясняющие причудливость, странности мышления больных шизофренией. Эти свойства шизофренического мышления оказались связанными с использованием больными малозначимых свойств предметов, вероятность актуализации которых у здоровых очень мала. В отличие от характерного для здоровых ограничения круга привлекаемых из памяти сведений, при шизофрении происходит “выравнивание” использования сведений разного уровня значимости. В этих обстоятельствах больные шизофренией проявляют нестандартный взгляд на явления за счет использования ассо-

циаций второго и более “порядков”, которые у здоровых находятся в “латентном” состоянии.

Описанные особенности мыслительного процесса могут проявляться в своеобразии обобщений, сравнений, восприятия или успешности решения мыслительных задач, требующих “оригинального” подхода в установлении связей и свойств между разнородными, далекими друг от друга предметами или явлениями.

Однако правомерно говорить лишь о функциональных предпосылках к творческим возможностям, создаваемых при дезорганизации ассоциативной структуры.

И всё же можно определенно утверждать, что в патологии именно повышение подвижности, “разрыхление” связей в ассоциативной структуре при творческом функционировании весьма целесообразно. Ассоциативный ряд на этом уровне нуждается в разрушении существовавшего порядка, ибо порядок по своей сущности противоположен творчеству.

Психика может приспособиться к внезапно измененным болезнью условиям, только предварительно нарушив прежние, уже сложившиеся связи, создав в системе определенную лабильность.

В этой ситуации нестабильности происходит формирование новых комбинаций, нового устойчивого единства из имеющихся в наличии элементов старого, как один из способов преодоления утраты равновесия. Нарушение стабильности связей - это необходимое условие использования творческих механизмов адаптации и “пример диалектического взаимодействия разрушения и созидания” [9].

Творческая активность значительно выше

при психозах, чем при неврозах, вследствие того, что дезадаптация психической деятельности при неврозах и психозах существенно различается.

При неврозах в основе дезадаптации лежит ослабление функций, а значит, ухудшение возможностей, снижение эффективности без изменения системы в целом. При психозах происходит дезинтеграция психической деятельности, то есть частичное или полное разрушение системы, что ведет к появлению качественно иных особенностей работы психики. Следовательно, только при психозах, в случае появления новых качественных проявлений психики, может возникнуть необходимость в дополнительных, тоже качественно иных механизмах адаптации.

Таким образом, грубое нарушение психической деятельности, происходящее при психическом заболевании, приводит к выраженной дезадаптации, создавая для человека новые сложные условия, к которым ему необходимо приспособиться.

Это способствует возникновению нестабильности, “разрыхления” и своеобразной подвижности ассоциаций, обеспечивающих их новые, необычные комбинации. Реадаптационная роль этого процесса заключается в значительном видоизменении ассоциативных структур, которые благоприятствуют организации расстроенных психических процессов на новом уровне. Компенсация нарушений мыслительных процессов осуществляется за счет создания определенной организованности, упорядочивания расстроенной психики, возникающими в процессе творчества.

* * * * *

В.И. Ворожка

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СУЩЕСТВЕННЫХ СВОЙСТВ, ПРИЧИННЫХ ОТНОШЕНИЙ И ЗАКОНОМЕРНЫХ СВЯЗЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Условия, причины и закономерности шизофрении.

Причиной возникновения шизофренического заболевания является антагонизм междучеловеческих взаимоотношений.

Основная закономерность, продуцирующая шизопатологию, такова: необходимая связь двух слагаемых - психики человека и антагонистических раздражений, детерминированных условиями, закономерностями и необходимостью связи, взаимодействия больного со своим угнетающим агентом в антагонистическом противоречии.

Необходимой эта связь становится при условии наличия и действия основы антагонизма. При этих условиях эта закономерность действует как необходимость, произво-

дя психическую и физиологическую патологию - шизофреническое заболевание.

Основы антагонизма возникают при несовместимости, непримиримости противоположности материальных либо духовных интересов в каждом конкретном случае своей, особенной, но вместе с тем и имеющей в своей сущности общее начало. И, что главное, порождая враждебные отношения, когда стороны действуют во вред друг другу. Или, другими словами, когда одна из сторон - угнетающая, обладая и злоупотребляя своим каким-либо преимуществом, превосходством над угнетаемой стороной - больным, стремится заполучить от последнего посредством силового либо психологического давления на

него какие-либо материальные либо духовные ценности. При этом положении эгоистические, своекорыстные интересы и цели угнетателя удовлетворяются и торжествуют, а коренные, жизненно необходимые интересы и цели угнетаемого, как биологические, так и социальные, исключаются, подавляются и пресекаются. В этом положении угнетаемый - больной подпорядковывается в зависимости и необходимость действовать только в интересах своего угнетателя, против своих интересов, унижая при этом свое человеческое достоинство, чувствуя себя уничтоженным, видя свое бессилие и действительность нечеловеческого существования. Угнетаемый при этом как человек отвергнут и в рамках этой отверженности представляет собой возмущение против этой отверженности, возмущение, которое в нём необходимо, вызывается противоречием между его человеческой природой и его жизненным положением, являющимся откровенным, решительным и всеобъемлющим отрицанием этой самой природы и исключаяющим возможность ее проявления.

Таким образом, в пределах всего антагонизма угнетатель представляет собой консервативную сторону, больной - разрушительную. От первого исходит действие, направленное на сохранение антагонизма, от второго - больного - действие, направленное на его уничтожение.

Почему? Потому что угнетатель вынужден сохранять свое собственное существование, а тем самым и существование своей противоположности - угнетаемого, больного. Это - положительная сторона антагонизма, удовлетворенная в себе самой. Напротив, угнетаемый - больной - вынужден упразднить самого себя, а тем самым и обуславливающую его противоположность - господина, тирана, угнетателя, делающую его угнетаемым - больным. Это - отрицательная сторона антагонизма, его беспокойство внутри него самого, упраздняющая себя из-за неприемлемости условий для его существования и запрограммированная необходимостью изменить эти условия на благоприятные для его жизни.

Попадая в полосу такого антагонистического жизненного положения, угнетаемый, даже если он и не больной, предстает перед дилеммой: либо угодничество и жизнь по принципу: "чего изволите, господин тиран" и взамен получать от последнего рабское, зависимое, подлое существование и необходимость действовать, "работать" на интересы и цели господина, который при этом игнорирует, подавляет и исключает интересы и цели этого раба. Либо жизнь по принципу: "пошел вон, тиран, я не желаю иметь с тобой ничего общего, ибо ты - мой враг". Но здесь неумолимо действуют такие экстремальные условия: необходимость единства, связи, взаимодействия, противоречия со своим угнетателем, выйти из которого не позволяет основа антагонизма.

Кстати, только при изменении условий, то есть устранении основы антагонизма возможен распад такой системы и ее исчезновение. И устранить эту основу возможно только посредством разрешения, преодоления антагонистического противоречия. Но такое разрешение возможно только путем реализации возмущения, негодования в конфликт, взрыв негодования и силовое воздействие (так называемое для больного "антисоциальное проявление", многовариантное - так называемая "агрессия", хотя понятие это от начала и до конца сквозит дремучим невежеством из-за того, что отражает страхи и опасения окружающих больного, в том числе лечащего персонала). Но никак не отражает действительности, причинности, необходимости такой "агрессии" больного.

В этом случае императивным диктатом таких поступков является необходимость разрешения, преодоления та-

кого антагонистического положения, необходимость изменения его в положительную, благоприятную сторону. Или, говоря языком, понятиями психиатрии, это есть биологическая защита от антагонистических раздражений, необходимость избавиться от них, а равно и избавиться от своей шизоболезни. Но этот способ, хотя он закономерен и необходим, дает повод (а такой повод, проявившийся вопне от описанных существенных закономерных атрибутов, в действительности есть) окружающим, в том числе лечащим институтам, выносить определение об обострении заболевания и еще жестче сковывать больного тисками контроля, лечебными мероприятиями, а в действительности экстремальными, антагонистическими условиями психологического нажима, давления (насилие, принуждение, обман, угроза), определяемыми отсутствием знаний о купировании таких явлений. И фактически, как результат, - больной болеет не от того, что конфликтовал (как полагают упорно, неразумно, неадекватно, невежественно врачи), а от того, что на этот конфликт такая массовая, чудовищная и неразумная реакция этих окружающих. А их большинство, а по канонам законов обыденного сознания, так называемого здравого смысла, - большинство всегда право. Этот приговор в действительности окончательный и обжалованию не подлежит. Больной логикой такого закона загоняется в аут шизопатического состояния.

А ведь истина здесь в том, что таковой конфликт на пользу больного (ибо направлен на выход его из связи с антагонистическим агентом), но против интересов окружающих, которые угнетают больного и которые от больного и страдают, не подозревая о том, что этим своим угнетением больного они и детерминируют, как говорится, на свою голову, такую конфликтную реакцию больного. Более того, антагонизм чреват необходимостью разрешения, чего врачи и не подозревают, а больной так или иначе в рамках этого антагонизма действует буквально, хочет он того или не хочет. Да и не может он не действовать (чего от него требует общество), ибо законы, причины, условия бытия провоцируют его на этот конфликт.

Вывод: этот ужесточающийся контроль, а равно и ужесточение лечебных функций преследуют цели и интересы этих окружающих, дабы застраховать и оградить их от "агрессивных" (как они называют) посягательств больного на их жизненное положение, которое они стремятся сохранить всеми доступными им мерами, в то время, когда больной, в силу законов антагонизма - необходимости изменять свое положение в благоприятную сторону, посягает на это их положение, разрушает его и упраздняет как неприемлемое для него. Но как более могущественная, господствующая, угнетающая сторона в основном всегда одерживает верх и консервирует данное неблагоприятное положение для больного. И в этих условиях интересы и цели больного исключаются, подавляются, пресекаются и при этом напряжение иррационального антагонистического раздражения в этом антагонизме усиливается, ибо "победу" одерживают противостоящие, противоборствующие больному силы окружающих. Условия и причины, движущие силы этого противоречия создают невыносимые экстремальные, деструктивные условия для его существования. В таких условиях ни один, никакой человеческий мозг больного не выдерживает нагрузки надмошных, перегружающих его, вне пределов его работоспособности, антагонистических раздражений, истощающих его до органических, необратимых состояний. И в таких условиях, как адаптационная биологическая защита, вступает в действие реакция, внешне проявляющаяся психосимптоматикой, а в мозгу патофизиологическая реакция расщепле-

ния нейродинамики этих симптомов, преследующая целью расщепление функции нейродинамических связей в мозге, производящих симптомокомплексы, которые в таком напряженном, перевозбужденном мозге действуют на его разрушение (то есть потенцирующие и продуцирующие органические изменения прогрессивного характера, детерминирующие смертельный исход).

Расщепление выполняет адаптационную биологически охранительную роль, аналогичную запрещающему торможению, которое в условиях такого надмощного (по выражению академика И.П.Павлова), неустрашимого (по причине неразрешимости антагонизма), деструктивного, угрожающего как биологическому, так и социальному существованию человека, воздействию антагонистических раздражений своих целей не достигает, да и не может достичь.

Таким образом, биологически охранительный адаптационный мотив реакции расщепления - сохранить, насколько это возможно в таких экстремальных условиях, субстанцию мозга и предупредить потенциальную угрозу смерти в результате разрушения мозга.

Таким образом, расщепление, проявляющееся вне страшными психопатологическими показаниями, является обманчивой видимостью, решимостью, которые скрывают, маскируют и искажают действительность, сущность, истину и адаптационный его мотив и которые (сущность, истина, действительность) противоположны этой обманчивой видимости.

Это - один из законов диалектики, которому подвластны как природа, так и функциональные механизмы головного мозга человека.

Следовательно, таким образом, антагонизм между обществом и его лечащими институтами, с одной стороны, и больным шизофренией - с другой, разрешить нельзя, а равно нельзя выйти больному из необходимой связи с антагонистическими раздражениями. Ибо общество, как господствующая мощная сила, заинтересовано сохранять и закреплять основу антагонизма (эндогенная природа шизофрении и ее принципиальная процессуальность), а равно и (не подозревая о том, что это - условие для развития шизофрении и ее неизлечимости) антагонистические отношения к больному. А конфликт больного - его антиобщественные проявления (которые принципиально детерминируются тем же обществом и его лечащими институтами, не подозревающими об этой своей роли), а также мотивационный механизм такого конфликта и его антиобщественной направленности детерминируются чудовищными экстремальными условиями жизни, когда воздействие условий и закономерностей антагонизма и иррациональное деструктивное воздействие угнетающего агента создают для больного необходимость изменения его жизненного положения в благоприятную сторону - то есть потенцирующая необходимость разрешения антагонизма и перехода его в неантагонистическую форму и содержание.

Но такие антиобщественные действия больного, а также его антиобщественный мотивационный потенциал (который это общество и его лечащие институты видят, но при этом причин его упорно не желают признавать и познавать потому, что они заинтересованы в обратном) принесит больному только обратные результаты, то есть ужесточение контроля и преследования этим обществом и его лечащими институтами. Следовательно, антагонизм больного в принципе неразрешим без вмешательства третьих лиц, которые посредством диалога, компромиссов могут и должны находить взаимоприемлемые условия и интересы для устранения основы антагонизма, а равно раз-

решения его и перехода в неантагонистическую форму, а равно и излечения больного.

Третьей силой может быть только теория шизофрении, на основании которой и можно будет лечить шизофрению.

2. Принципиальные условия и возможности полного излечения от шизофрении.

Прежде всего необходимо объяснить хотя бы основные антагонистические раздражения. Такие раздражения потенцируют и поступают из условий и закономерностей взаимодействия в антагонистическом противоречии и воздействий угнетающей стороны на угнетаемую.

Прежде всего, это отношения угнетателя-тирана, обладающего большим силовым потенциалом, занимающего господствующее положение с присущими ему функциями императивного диктата по отношению к угнетаемому, необходимо запрограммированными условиями антагонизма, функциями повинования, раболепия, исполнения против своего желания, в противовес своей человеческой природе, вразрез своим коренным интересам и целям. Эти раздражения имеют тенденцию разрушения в мозге, закрепившихся ранее нормальных связей и понятий о порядочных, доброжелательных отношениях к нему окружающих и взамен возникновения понятий, детерминируемых злостными и, как я перечислю дальше, другими иррациональными отношениями к больному, о враждебных отношениях окружающих, подавляющих и исключающих его как биологическую, так и социальную природу.

В такой ситуации угнетатель всегда прав (хоть и делает при этом чудовищные нарушения закона, морали и прав человека).

А угнетаемый при этом всегда виноват, обязан и должен своему тирану.

Как я уже писал, на почве возникающей несовместимости интересов сторон угнетатель создает основу антагонизма, а для этого употребляет клевету, обман, угрозы, принуждение, насилие, изъятие материальных и духовных ценностей, притеснение, унижение и оскорбление человеческого достоинства.

Антагонизмы являются источником насилия, зависти, недоверия, нетерпимости, подозрительности, озлобления, жестокости и агрессивности, всяческого остервенения, науськивания, натравливания и поджигательства.

При антагонистическом противоречии совместные усилия сторон на разрешение, преодоление этого противоречия объективно невозможны. Угнетатель заинтересован сохранять, закреплять и утверждать свое господствующее, угнетающее, тираническое, командное положение. Угнетаемый заинтересован изменить свое угнетаемое, неблагоприятное для нормальной жизни, иррациональное, экстремальное положение. Эта борьба чревата только насилием и уничтожением одной из сторон. Это детерминирует и создает необходимость, императивный диктат антиобщественных тенденций психики больного для реализации необходимости изменить свое положение.

Исключение, подавление и пресечение коренных интересов и конечных целей угнетаемого вызывает чувство растерянности, недоумения, замкнутость, неуверенность в себе, плохое настроение. Объективная неразрешимость антагонизмов и поэтому невозможность выйти из связи с антагонистическими раздражениями определяет чувство постоянной тоски, скорби и печали.

Угнетатель обуславливает, определяет, диктует, детерминирует угнетаемому необходимость удовлетворять свои интересы. В противном случае неизбежно следуют угрозы угнетаемому быть подвергнутым физическому наси-

лию, психологическому террору или социальному низложению личности.

Угрозы действуют на мозг больного как нечто неотвратимое, неустраняемое, неизбежное, создают у него тревожное, тягостное ожидание чего-то рокового, неизбежного, тяжелого, страшного.

На этой почве детерминируются такие симптомы шизофрении: бессонница, тревога, особенные, беспредметные шизофренические страхи, бредаобразования, псевдогаллюцинации, беспокойство.

Это - закрепление для больного одностороннего диз-развития в неблагоприятных, иррациональных, экстремальных, антагонистических условиях неустраняемой связи, взаимодействия, противостояния, отсюда необходимости противоборства и исключения возможности изменения и перехода развития (вследствие неразрешимости антагонизма) в благоприятствующие, содействующие биологической и социальной природе человека неантагонистические проявления. Это загоняет больного в аутизированные условия существования, а его психику раскалывает, разделяет, раздваивает на две противоположные по значению тенденционные функции: с одной стороны, необходимость вести себя в рамках общепринятых норм междучеловеческих отношений, с другой - необходимость изменять свое положение как неблагоприятное посредством только криминала, ибо иных способов в условиях отсутствия теории шизофрении нет. Здесь происходят атипированные напряженные поиски выхода из такой связи из-за объективной неразрешимости антагонизма. И эти поиски из предполагаемых различного рода ситуаций, отрываясь всё дальше от действительности, превращаются в симптомокомплексы стереотипичного бредаобразно-го содержания.

Это, наконец,- взаимопроникновение противоположных тенденций, откуда следует проникновение в психофизиологические функции больного тенденций и требований угнетателя, тенденций полярно противоположных его жизненным интересам и целям, чуждых ему, враждебных, принимающих у больного характер психопатологии в виде синдрома Кандинского-Клерамбо, а также псевдогаллюцинаций. Под воздействием иррациональности и экстремальности антагонистического жизненного положения, возникшего неожиданно для больного, изменяется отношение людей к больному из доброжелательных, содействующих его жизни, неантагонистических в иррациональные, экстремальные, деструктивные, антагонистические. При этом существует характерная особенность отношений к больному общества. Общество, создавая и детерминируя условия для шизопатологии, психосимптоматики аномального поведения и антиобщественного потенциала больного, не понимает этого, не признаёт, ибо не подозревает об этом. Ибо всё заканчивается самым гуманным актом - лечением. А в действительности это - всего лишь внешняя и обманчивая видимость гуманизма, камуфляж, который скрывает, маскирует и искажает буквально каннибальское отношение к человеку только потому, что он больной. И это отношение несовместимо, непримиримо противоположно гуманизму.

Таким образом, наблюдая у больного такие аномальные проявления, во всех этих грехах обвиняют больного, то есть сваливают бремя причинности их на самого больного. То есть вешают над больным на всю его оставшуюся жизнь Дамоклов меч клеветы об эндогенной природе шизофрении и ее принципиальной процессуальности. Это - основа антагонизма.

И еще, характерная особенность этих отношений в том, что окружающие обвиняют больного в том, что это по его

вине изменяются отношения. Ибо, якобы, больной неадекватно оценивает свои жизненные обстоятельства и отношения окружающих. В то время, когда всё происходит наоборот: изначально изменяют отношения к больному, сами того не подозревая, не понимая и не желая того признавать, а больной адекватно оценивает это, проникая своим мышлением и генетическим стыком, который содержит в себе элементы законов диалектики и ее логики, в сущность и действительность этих отношений, за которыми он предвидит посягательство на его жизнь и будущее, анализируя их антагоничность. И такая защитная способность заложена природой, многовековым опытом поколений (в филогенезе) в каждом человеке.

И на такие отношения больной реагирует патологически, ибо они исключают его как биологическую, так и социальную природу.

В то время, как окружающие наблюдают эти внешние, видимые и обманчивые показания, кажущиеся им истинной об эндогенной природе шизофрении, о ее процессуальном течении.

Поэтому взаимопонимание между больным и обществом и достижение нормальных отношений невозможно.

Антагонистическое противоречие здесь неизбежно, ибо здесь основным условием таких взаимоотношений будет противостояние сторон, противоборство между ними. Это детерминирует тяжелые и длительные эмоциональные переживания, которые выражаются так называемыми шизофреническими страданиями: обреченностью, безысходностью, скорбью, печалью, тоской.

Здесь, под воздействием антагонизма раздражений, возникает перенапряжение возбуждательного процесса в коре головного мозга. Следствием этого становится превышение расхода энергетических веществ над их поступлением. Нарушается баланс, равновесие между расходом и поступлением питания в клетки мозга в пользу расхода и во вред компенсационным, восстановительным процессам. Следствием этого является ослабление, истощение клеточного состава коры мозга. Ибо запредельное торможение из-за враждебности и неустраняемости антагонизма раздражений своих целей не достигает.

Возникает и потенцируется угроза организму разрушением мозга: превращением функциональных нарушений в органические и необратимые, а равно - скоростной смертью. В этой ситуации биологическая защита организма, его адаптационные и самовосстанавливающие силы иррациональный, деструктивный процесс раздвоения, раскалывания души превращают в рациональную, созидательную, биологически охранительную реакцию расщепления, защищающую мозг больного от тотального разрушения и смерти.

В такой среде возникает гипнотическое состояние - застойное, инертное, продуцирующее симптомокомплексы стереотипного содержания. То есть возникает , закрепляется, устанавливается патодинамическая структура.

Несколько слов о диалектике расщепления. Как и всякое явление, расщепление имеет объективно две стороны: внешнюю, видимую, обманчивую, кажущуюся, которая скрывает, маскирует и искажает внутреннюю, скрытую, существенную, истинную. Это - патофизиология расщепления (патофизиология - понятие относительное, ибо о расщеплении можно говорить как о физиологическом процессе), противоположная психопатологическим проявлениям его.

Если вовне расщепление кажется страшной картиной патологии разрушения как функции, так и структуры мозга, то в действительности принципиальный мотивационный механизм расщепления носит противоположное ка-

жимости значение и преследует и выполняет биологическую целесообразную охранительную роль.

Расщепляя напряженные нейродинамические функциональные ассоциативные связи участков мозга, которые продуцируют симптомы и поэтому потенцируют разрушение (то есть органические изменения и смертельный исход), реакция расщепления прекращает, купирует этот процесс разрушения и сохраняет таким образом субстанцию мозга от разрушения и смерти организма. То есть между видимым вне расщеплением и его внутримозговым процессом существует противоположность. Это нормальное явление, когда диалектике сущности и явления присуща противоположность. И отражение этой противоположности сознанием исследователя, проникающего своим мышлением в глубину явления, в его существенные, причинные, закономерные стороны, абстрактно-логическим анализом этой внешней и обманчивой видимости, кажимости приходит к выводу, что адаптационная, биологически охранительная необходимость сохранять мозг от разрушения и преждевременной смерти не может носить печать заблуждения или ошибки уже хотя бы потому, что альтернативы этому нет. Ибо логика развития шизофрении в противном случае приводит к преждевременному смертельному исходу.

А такого общего явления многовековой опыт лечения не знает.

Краткая существенная концептуальная модель шизофренического заболевания такова: теоретически, принципиально шизофрения излечима. Для этого надо изменить условия существования больного, вывести его из связи с антагонистическими раздражениями. А проще: блокировать основу антагонизма, устранить ее посредством гласности, диалога и заменить основы неантагонистических отношений к больному.

В этом случае связь, отношение, взаимодействие: психика человека - антагонистические раздражения теряет свойства необходимости, изменяется, распадается и исчезает. В этом случае вступают в силу необходимые связи: психика - неантагонистические раздражения, отпадает неизбежность реагировать патологически, и человек, как говорится, приходит в себя.

В основном и проще (по теоретическому предположению) это возможно при первичном заболевании, когда еще не сформировался застойный, стабильный, патологический стереотип. Но при опытном лечении шизофрении, когда нет еще теории, когда неизвестны причины и закономерности, а также условия, провоцирующие шизофреническую закономерность действовать как необходимость, шизофрения неизлечима, ибо лечение производится вслепую, посредством проб и ошибок. И если есть отдельные случаи излечения, то это исключение, а не правило, случайность, а не закономерность.

3. Роль врача советской психиатрической школы в процессе лечения шизофрении.

Какова же роль советского врача в процессе первого же лечения шизофрении? В каждом человеке заложены природой, жизненным опытом, а также практической деятельностью выработанные в процессе развития бесконечного множества поколений (в филогенезе), запрограммированы в генетический код законы природы, законы диалектики. Для своего объяснения я возьму такое: если у людей в их жизни и деятельности складываются плохие, неблагоприятные условия, то они их изменяют на благоприятные и таким путем достигают своего благополучия. "При этом люди не могут, разумеется, отменить или изменить объективный характер законов природы. Они лишь

создают условия, при которых эти законы действуют в нужном для людей направлении и приводят к ожидаемым результатам" (Методологические основы научного познания. Под редакцией проф. П.В.Попова с.44).

Что же делает врач-психиатр в процессе лечения? По логике лечения он должен бы устранить причины и условия заболевания и определить условия для нормального, здорового развития. Но он этого не делает, потому что он не знает этого. Мало того, его теоретические знания о шизофреническом заболевании, следующие из наблюдений клинических проявлений этого заболевания, построены на заблуждениях. Эти "теоретические" знания носят характер предположений и сводятся в основном к тому, что шизофрения является эндогенным заболеванием, причинно-обусловленным. Я перечислю эти предположения:

1. Специфическая врожденная неполноценность церебральной структуры.
2. Наследственный фактор.
3. Биологический фактор.

Отсюда делается заключение, которое подтверждается опытом лечения шизофрении, что больной неполноценен как филогенетически, так и онтогенетически. Также опыт лечения показывает неизлечимость шизофрении в основной массе заболеваний. Отсюда делается заключение, что шизофрения принципиально процессуальна. А все и всякие заявления больного о том, что он заболел из-за экстремальных условий существования, рассматриваются врачом как неадекватная оценка больным себя, обстоятельств жизни, отношения обстоятельств к нему, либо к его ситуации. И подавляются врачом.

Так рождается новая основа антагонистического отношения к больному окружающим людям, общества, государства во всех сферах его взаимоотношений: неполноценная личность, неизлечимый душевнобольной теперь уже на всю оставшуюся жизнь. Это - условия для развития шизофрении и ее неизлечимости.

Таким образом, не устраняя причин и условий первичного заболевания, врач создает, утверждает и закрепляет новые причины и условия для развития шизофрении и ее неизлечимости.

В условиях отсутствия теории шизофрении, когда врач не знает, как ее лечить и потому не умеет лечить, он делает то, что соответствует его интересам, что ему проще, удобней, привычней и, наконец, что ему выгодней. Что оправдывает врача в глазах общества за незавидные результаты лечения, что сохраняет его положение. И, таким образом, консервирует условия для пожизненного антагонистического противостояния, противоборства больного с обществом и его душевных страданий. В то время, когда для его лечения и нормальной жизни необходимы изменения этих условий в благоприятную сторону - к нормальным, общепринятым между людьми.

В этом и состоит несовместимость, противоположность, взаимоисключаемость интересов врача - угнетателя и коренных жизненно необходимых интересов больного - угнетаемого. Это - махровый антагонизм, когда каждая сторона делает во вред другой, противостоящей. Больной в недоумении от этого. Он не может понять и принять того, почему врач приводит его к глубокому противоречию: с одной стороны, его генетический опыт подсказывает ему, что эти экстремальные условия нужно и должно изменить, с другой - врач приводит его к необходимости, неизбежности существовать всю жизнь в таких неблагоприятных экстремальных условиях.

Отсюда возникновение патодинамической структуры в мозге: очага возбуждения, постоянно действующего, иррадиирующего по коре мозга, беспредметного, иррацио-

нального по отношению к жизненно необходимым функциям, по отношению к реализации биологических и социальных потребностей организма, личности, психики ее.

Отсюда, по индукции, глубокое торможение всего прошлого (до болезни) жизненного опыта, знаний и рациональных жизненных связей с окружающим миром, людьми, а также бывших ранее интересов и целей. Эта патодинамическая структура овладевает и доминирует над всей жизнью больного. Ее сутью становится восприятие антагонизма раздражений и реакции на них, внешним, видимым и обманчивым проявлением которой (сути) становятся симптомокомплексы, аномальное поведение и потенциал антиобщественных проявлений, которые (проявления) скрывают, маскируют и искажают зафиксированную выше сущность, действительность, причину, необходимую закономерную связь, то есть истину. И эта маскировка у некритического, недиалектического наблюдателя вызывает кажимость эндогенной природы шизофрении, то есть искажает действительность и приводит к заблуждению. Отсюда, ослабление коры головного мозга, ее переутомление и потенцирование к прогрессивному разрушению клеточного состава головного мозга. И коль запредельное торможение своих целей не достигает (как была объяснена ранее мотивировка этого), то вступает в действие (то есть вырабатывается защитными, адаптационными силами организма) спасающая мозг реакция расщепления, как было выше объяснено. В этих условиях возникает и закрепляется жизненное состояние, когда человека не может интересовать богатая гамма жизнедеятельности, присущая здоровым людям. Потому что защитный (оборонительный) безусловный рефлекс всё это подавляет по индукции. Поэтому больной в таком жизненном положении мыслит исключительно категориями защиты.

Его мозг необходимо программируется на поиски путей и способов выхода из такой иррациональной связи с антагонизмом раздражений. Его воображение с теми же предупредительными целями создает в мозге одну картину страшнее другой. И ослабленная кора производит особые, своеобразные, беспредметные шизофренические страхи, псевдогаллюцинации, бред, синдром Кандинского-Клерамбо и другие.

Адаптационная биологическая целесообразность шизопроявлений - защита от антагонизма раздражений, попытка выхода из связи с ними. При таком жизненном положении и таком жизненном болезненном состоянии больного отсутствует радость бытия, и вступает в силу беспокойство, тревога, скорбь, тоска, печаль, злость, цинизм, недоверие, подозрительность.

Таким образом, психопатологические и психофизиологические проявления шизофрении детерминированы внешними факторами - неблагоприятными условиями жизни - и являются ответом, реакцией организма, психики, лич-

ности больного на такие условия жизни и адекватны этим сложившимся условиям - условиям антагонистического противоречия, деструктивным, иррациональным, дисгармоничным, антагонистическим отношениям больного с людьми.

Можно утверждать, что групповой эгоизм, групповые, корпоративные интересы, да еще под воздействием мощного репрессивного воздействия и давления бывшей коммунистической тоталитарной системы властвования, античеловечной, человеконенавистнической по своей сути, не позволяет врачам и исследователям предмета шизофрении понимать и признавать в больном шизофренией человека, а равно и проникнуться его интересами. А все декларативные заявления о гуманном отношении к больным данной категории насквозь лживы и представляют собой обманчивую видимость, прикрытые, маскировку антагонистического отношения к этой категории больных, угнетения их обществом, государством, врачами и противоположны действительности.

Поэтому советская психиатрическая школа не только не заинтересована, но и не способна раскрыть и объяснить закономерности шизофрении.

Мне представилось возможным это сделать, пережив шизофрению и осознав воздействие ее причин, закономерностей и условий, содействующих необходимости связи, взаимодействия этих причин и закономерностей с психикой больного, порождающей (связи) возникновение и течение шизофренического заболевания.

Этому способствовало в очень большой мере знание диалектики, ее законов и категорий, ее логики и теории познания; многолетний упорный труд - творческое мышление, абстрактно-логический анализ шизофренического заболевания, а также описание обобщенного опыта лечения клинических проявлений его в трудах исследователей, критическое осознание, осмысливание своих взаимоотношений с людьми, врачами, государством, а также произведенные мной несколько успешных социальных экспериментов, подтвердивших эту теорию. Всё это, вместе взятое, создало предпосылки для раскрытия, обоснования и описания условий, причин и закономерностей шизофрении.

Это - слепок с природы, возможный благодаря совпадению случайных и необходимых факторов, исключительно раз в тысячелетие.

Теоретических знаний о шизофрении человечество ждет со времен зарождения человеческой цивилизации, то есть 4-5 тысячелетий до нашей эры. Необходимость их для лечения этого коварного недуга доказывать не нужно.

Поэтому прошу понять, признать и проникнуться необходимостью публикации этой статьи для общественной практики лечения шизофренического заболевания.

* * * * *

Психопатологический анализ творчества душевнобольных встречает на своем пути определенные трудности, обусловленные отсутствием достаточно четких критериев оценки и объективных методов исследования, необходимостью изучения психических процессов, лежащих в основе творческой деятельности, а не только лишь "морфологического субстрата", коим является в данном случае теоретические выкладки больного. Игнорирование этого может привести к субъективизму, неоднозначности и противоречивости в оценках.

Поэтому мы вправе в данном случае высказать лишь ряд суждений, никоим образом не пре-

тендующих на исчерпывающую и окончательную психодиагностику.

Анализ "концептуальной модели", выдвинутой психически больным, выявляет грубые нарушения психической деятельности, и прежде всего, мышления. Налицо результат систематизированной бредовой продукции, не выходящий за рамки паранояльного синдрома. Четко прослеживается политематичность фабулы - здесь нашли свое отражение и идеи величия: изобретательства, реформаторства, собственно величия ("Это - слепок с природы, возможный благодаря совпадению случайных и необходимых факторов, исключительно раз в тысячеле-

тие”), и идеи преследования, воздействия (“...угнетатель ...употребляет клевету, обман, угрозы, принуждение, насилие, изъятие материальных и духовных ценностей, притеснение, унижение и оскорбление человеческого достоинства”), обвинения (обвинительные выпады в адрес советских психиатров, несправедливо притесняющих больных в непримиримом “маховом антагонизме”). Отмечаются непоследовательность, обстоятельность, персеверативность мышления.

Статья больного изобилует неологизмами (“шизопатология”, “шизобольность”, “шизопатическое состояние”, “атипированные”, “шизопроявления”, “стереотипичное бредообразное содержание”). Больной уделит большое внимание описанию своих переживаний, преподнося их как чисто теоретические познания, сопровождая это бесконечными попытками объяснения их для себя и других.

Претендуя на красноречивость, автор проявляет склонность к избыточному употреблению синонимов, зачастую применяя несопоставимые понятия (“Антагонизмы являются источником насилия, зависти, недоверия, нетерпимости, подозрительности, озлобления, жестокости и агрессивности, всяческого остервенения, науськивания, натравливания и поджигательства”). Это может быть косвенным подтверждением ускорения мыслительного процесса за счет увеличения количества ассоциаций (иногда лишь по созвучию), но в ущерб качеству. Пациент лихо использует различную, в том числе медицинскую, терминологию, часто совершенно неуместно. Он ссылается и цитирует признанных авторитетов, якобы в подтверждение своих доводов. Он незаслуженно непризнанный знаток диалектики, “ее законов и категорий, ее логики и теории познания”.

При доказательстве своей теории больной опирается на “несколько успешных социальных экспериментов”, проведенных им же.

Мышление больного резонерское, с частыми соскальзываниями, паралогичное (“Это патофизиология расщепления (патофизиология - понятие относительное, ибо о расщеплении

можно говорить как о физиологическом процессе), противоположная психопатологическим проявлениям его”).

Имеется и амбивалентность в высказываниях. “Антагонизм” является источником всех бед больного, и в то же время “...таковой конфликт на пользу больному...”. С одной стороны, возможно полное излечение с помощью “третьей силы”, в качестве которой больной предлагает свою “теорию шизофрении”, стоит лишь нормализовать “междучеловеческие взаимоотношения”. А с другой - существует “объективная неразрешимость антагонизмов”, и “взаимопонимание между больным и обществом и достижение нормальных отношений невозможно”.

О нарушениях эмоциональной сферы косвенно свидетельствует тематика бредовых идей (преобладание эмоций положительного или отрицательного знака в зависимости от того, какие идеи доминируют в контексте: величия или преследования), резкость обвинительных суждений. Характерны упорство, стеничность, гипербулия в разработке и претворении в жизнь своих идей.

Критическая оценка болезни своеобразна: больной признаёт наличие у себя шизофрении, но в прошлом (“...пережив шизофрению...”), считая себя в настоящее время здоровым.

В целом, отсутствие динамики в содержании, связи с реальностью, особая погруженность в свою деятельность, однообразие, “конвеерность” продукции такого творческого процесса создают впечатление не созидательного действия, а механического акта, обусловленного тем, что больному так легче, что эти действия ему внутренне необходимы. Больной занимается этим “творчеством” потому, что оно в какой-то степени смягчает его состояние, снимает напряжение, облегчает взаимоотношения с окружающим миром. Ценность подобного изучения творчества душевнобольных, помимо прочего, заключается в возможности приоткрыть завесу над внутренним миром пациентов, что увеличивает наши шансы в понимании наиболее интимных сторон психической деятельности и влиянии на них с терапевтической целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.В. Объективнопсихологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных: Дисс. ...докт. медицины. СПб., 1911.
2. Бассин Ф.В., Прангишвили А.С., Шерозия А.Е. О проявлении активности бессознательного в художественном творчестве // Вопр. философии. 1978. N2. С. 57-69.
3. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1967.
4. Карпов П.И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники. М.; Л., 1926.

5. Поляков Ю.Ф. Нарушение познавательной деятельности при шизофрении: Дисс. ...докт. психол. наук. М., 1965.
6. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972. С. 225-277.
7. Пономарёв Я.А. Психология творчества. М., 1976.
8. Скобцова А.Л. К вопросу о структурных особенностях ассоциативных процессов при шизофрении // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 176-179.
9. Хайкин Р.Б. Художественное творчество глазами врача. СПб., 1992.

Поступила в редакцию 12.05.96

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

УДК 616.89

*В. И. Литвиненко***ДЕСТРУКТИВНОЕ В ОБЩЕСТВЕННОМ БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СУБКУЛЬТУРЕ**

Управление здравоохранения Полтавского облисполкома

Устойчивые словосочетания и образные выражения, который вошли в наш язык в определенные периоды и часты в употреблении, являются отражением скрытых, неосознаваемых, но циркулирующих в обществе тенденций. По этим маркерам общественного бессознательного, которые являются результатом даже не сложения, а умножения индивидуальных бессознательных устремлений, можно судить о состоянии общества, что становится полезным при решении конкретных клинических проблем в практической деятельности психиатра. Психиатрическая субкультура, являясь частью общей культуры, имеет свои неосознаваемые тенденции, проявление которых необходимо для дальнейшего развития психиатрии.

Объектом внимания послужило часто употребляемое в последнее время выражение: «мне глубоко фиолетово». Говорится это обычно на высоте эмоции и обозначает, что говорящему что-то очень безразлично.

Прополем анализ этого выражения. Слово «глубоко» входит в другое, более раннее выражение: «глубоко в ...», что то же самое, - «глубоко в дерьме». Существовало выражение «глубоко безразлично» или «глубоко все равно», являющееся благозвучным вариантом выражения «глубоко в дерьме». Проводимая аналогия «дерьма» и безразличия отражает их некую общность. Так, «без-раз-личие» - это нечто, не имеющее своей особенности, безличное. Но ведь и пища теряет свою особенность после процесса переваривания и удаления из тела, превращаясь в деструктурированное и мертвое. Слово «глубоко», легализуя символическую связь этих выражений, несет эмоциональную нагрузку и подчеркивает степень отношения говорящего к чему-то и в то же время дает пространственную ориентацию. Анальная причастность этого выражения указывает на осознаваемую или не осознаваемую анальную фиксацию либидо у говорящего. Может быть потому, как бы символически реализуя потребность, часто и с явным удовольствием повторяется «мне глубоко фиолето-

во». Однако сексуальная сторона не кажется нам ведущей в этом выражении. Говорящий так подчеркивает свое «без-раз-лично» не только к чему-либо, но и к себе, т.к. «установки по отношению к другим и по отношению к себе не только не противоположны, но коренным образом взаимообусловлены» [6]. Эмоциональность ситуации и эмоция, с которой произносится «глубоко безразлично» полностью исключают эмоциональное безразличие, а только оттеняют эмоциональную затронутость говорящего ситуацией. Очевидно слово «безразлично» относится не к уровню затронутости эмоции, а к способу разрешения эмоциональных проблем. Так же, например, как психопат на высоте эмоции вскрывает себе вены, находя в этом эмоциональный выход и деструктивное решение накопившихся проблем.

Следует отметить разрушение смысловой структуры языка как социальной нормы. Разрушается не только смысловая сторона слов, но и словосочетаний. Например, вместо семантически правильного «категорически против» употребляется «категорически за». Или «будьте трижды любезны» произносится таким тоном, каким обычно произносится «будьте трижды прокляты». Такой способ разрешения эмоциональных проблем состоит в разрушении социальных норм, в разрушении собственных стереотипов, в разрушении чего-то в себе. Может быть, потому так часто в употреблении слово «крутой», что обозначает высокую оценку кого-то («крутой парень»). Но крутым привычнее называть поворот или спуск. Крутой поворот в судьбе или при быстрой езде, да и крутой спуск связаны с риском ломки сложившихся отношений и стереотипов, риском физического разрушения. Слово «крутой», таким образом, ориентирует и одобряет риск разрушения и отражает один из вариантов саморазрушающегося поведения.

Другим характерным примером может быть алкогольная субкультура, которая уже в течение многих десятилетий пронизывает общественное бессознательное. Это выражается в любовно

отражающих процесс пьянства ментальных клише «выпивончик», «до доньшка», «закусить ружавчиком», «слегка поддать» и др.). Ментальное клише «свой в доску», ориентируя на некое братство своих, имеет иной психологический контекст. Оно проистекает из изустного выражения «пьяным в доску», т.е. такой пьяный, что лежит безмолвный (без-молвный), как доска. Таким образом, выражение стать «своим в доску» ориентирует на вполне определенный стиль жизни. То же самое следует отнести и к выражению «устаканить вопрос», которое ориентирует на способ решения вопросов, что «всухую», «не подмазав» и решить уже нельзя. Масштабы явления таковы, что когда хотят подчеркнуть ум человека, говорят «трезво-мыслящий».

Возвратимся, однако, к анализируемому выражению «глубоко фиолетово». Фиолетовый цвет в этом выражении занимает место «без-различно». В коллективном бессознательном цвета являются маркерами различных явлений. Вспомним «голубые» или «розовые» пары, «коричневые» или «красно-коричневые» политические течения, партию «зеленых». Здесь цвет выступает символическим выражением личностных устремлений, социальных Роден и «составляет содержание нашего субъективного опыта» [9]. Э. Фромм [7] выделяет две тенденции или, как он называет, синдромы: роста и распада. Синдром распада состоит из трех слагаемых: инцест, нарциссизм и некрофилия (в понимании автора). Каждому из этих двух синдромов характерна своя цветовая гамма. Синдрому распада свойственные темные и поглощающие свет тона (черный, коричневый). Фиолетовый цвет вошел в моду несколько лет назад, когда появились куртки зеленого или желтого цвета с фиолетовыми отворотами. Далее фиолетовый цвет стал доминировать в одежде молодежи и определенной части населения, которая, сделав крутой поворот в своей жизни, занялась мелким бизнесом. Избыток спроса определил и избыток предложения оттенков фиолетового цвета. При этом у различных групп людей имеются свои предпочтения при выборе оттенков фиолетового цвета. Сельская молодежь имеет склонность к интенсивному, ядовито-фиолетовому цвету, что по нашим немногочисленным наблюдениям указывало на инцестуозные проблемы. У интеллигентных пациентов в одежде часто наблюдался утонченный (фиалковый или сиреневый цвет, как бы подчеркивающий внимательное и нежное отношение к своему облику, к себе (нарциссизм). К грязно-фиолетовому имеют склонность мелкие бизнесмены. Интересно, что еще З. Фрейд

утверждал о символической связи золота с нечистотами. Действительно, деньги являются как бы обезличенным эквивалентом материальных ценностей, т.е. разложенным, а потому обезценным и мертвым (некрофилия). Грязный оттенок фиолетового цвета в этом отношении усиливает понимание роли фиолетового цвета в этом выражении и моде. Фиолетовый цвет в этом контексте безусловно имеет отношение к синдрому распада. В общество идет процесс распада и обезценивания прежних фетишизированных смыслов и символов. В молодежной среде появляются «общества фиолетовых», а в среде школьников - группы «пофигистов». Как не вспомнить старое выражение «мне до лампочки», что отражало скрытое безразличие к идеологии. Ведь слово «лампочка» в официальной пропаганде находилось в тесной связи и буквально было впечатано в ментальное клише - «лампочка Ильича».

По Питириму Сорокину [5], любое психическое взаимодействие имеет две стороны: «... внутреннюю - чисто психическую; другую - внешнюю - символическую; первая для нас непосредственно не дана, а дана всегда лишь в виде символов». А каждый из психических процессов, возникающих между двумя или большим числом членов общения «... при своем переходе от одного субъекта к другим необходимо должен пройти через этап «овеществления» или символизации». Фиолетовый цвет, являясь символическим «носителем» или «проводником» определенных личностных характеристик человека и отражая его внутреннее содержание, в то же время, становится частью «материальной культуры общества», имеющей свое обратное действие на человека. П. Сорокин [5] так определяет действия носителей: «Носители кристаллизуют и стандартизируют, проясняют и формализуют, искажают и преобразуют значения, ценности и нормы, которые они объективируют и раскрывают».

Деструктивный тип реагирования распространяется в обществе и через контаминацию (психическое заражение) на уровне бессознательных механизмов. Риторика, ментальное клише, превращаясь в фетишизированный носитель, имеет свое обратное действие. Но, одновременно с заменой истинных смыслов на извращенные шел процесс их дефетишизации. Однако теми же механизмами разрушения. Таким образом, в обществе накоплен большой опыт разрушения при гораздо меньшем опыте поиска личностных смыслов существования и со-существования. Процесс формирования ментального клише и

его фетишизации неосознаваем реципиентами. О-со-знание ментального клише способствует дефетишизации его и развитию как отдельного человека, так и общества в целом.

В профессиональной деятельности психиатров, их ментальности также существует большое количество фетишизированных клише и мифов. [1, 2, 3]. Они оказывают постоянное влияние на лечебный процесс и на функционирование замкнутых социальных систем психиатрических учреждений, создающих свою субкультуру. Главной характеристикой таких субкультур является наличие своих правил и запретов, противоречащих порой не только здравому смыслу, но и закону. Характерно также о-без-личивание больных, выражающееся в патернализме и волюнтаризме при диагностике и лечении. Чего стоит, например, распространенное в психической субкультуре и безобидное на первый взгляд ментальное клише: «нельзя исключить шизофрению (или суицид)», «пока нет симптоматики шизофрении», «пока нельзя диагностировать шизофрению». Влияние существующей парадигмы на частоту диагностики шизофрении в связи с изменением менталитета психиатров при изменении правовых актов в психиатрии и демократических процессов в обществе показано нами [4] на статистическом материале. Изменения в общей культуре привели к уменьшению заболеваемости шизофренией (уменьшению количества случаев диагностики шизофрении) более чем в два раза. Только профессиональной дезадаптацией можно объяснить такое явление в психиатрической субкультуре, которое основывается на механизме психологической защиты - рационализации. Невозможность вылечить больного нейролептическими препаратами (в ущерб психо- и социотерапии, т. е. работе с личностью больного), применение все больших доз и все более новых препаратов, а также все более «активных» биологических методов приводит к профессиональной фрустрации. Вот тогда и приходит успокаивающий выход - диагностируется шизофрения, которая, как известно, не лечится или диагностируется дефект - конечное состояние, которое, как считается, и лечить уже не надо, а только проводить надзор на периферии отделения в так называемых «задних» палатах.

К деструктивным проявлениям в психиатрической среде относим и отчуждение от личности больного и, таким образом, о-без-личивание его за счет переориентации внимания врача на сам процесс лечения. Такой врач лечит «своей» методикой или «особым» препаратом. Вариан-

том этого может быть акцент на одной научной или паранаучной теории, которая имеет право на существование, но не в виде сверхценной идеи, фанатично распространяемой. Наличие этого свидетельствует о профессиональной дезадаптации. Фанатизм же Э. Фромм рассматривал как характерный признак группового нарциссизма [8]. Еще один вариант деструктивного поведения в психиатрии. Это патернализм. Возможность запрещать и руководить другим человеком, вести себя с ним свысока как с ребенком, укрепляет самоуважение и личность любого из персонала психиатрического учреждения. Это и есть психологической причиной патернализма в психиатрии. Но укрепление собственной личности не за счет личного развития, а за счет унижения другой личности, низведения ее до объекта воздействия приводит к противоположному результату - профессиональной деформации. Эта деформация отражена в обществе в виде множества анекдотов о психиатрах, лейтмотивом которых есть повышенная самооценка психиатром своей личности.

Безусловно, профессиональной деформации подвержены не все, а только те у кого имеются проблемы с развитием собственной личности. По нашим наблюдениям, чем ниже уровень профессионального развития, тем больше подвержен врач (и тем более средний и младший медицинский персонал) профессиональной деформации. Эти стереотипы поведения и понимания собственного веса в межличностных отношениях проявляются в директивном поведении, большом количестве советов и запретов, которые привычно навязываются даже в так называемой здоровой среде. Но в результате противодействия среды этим директивным влияниям, дезадаптация таких психиатров усиливается, и они вынуждены компенсировать ее за счет патерналистских отношений со своими больными. Поэтому не удивительно, что такая больничная среда не позволяет развиваться ослабленной болезнью и госпитализмом личности больных и делает невозможной их реабилитацию как процесс и, тем более, как цель. Может быть, потому так мало у нас больниц, где реабилитация занимает надлежащее ей место. А обезличивание больных достигло такого уровня, что в обществе врачей стали называть «инженерами человеческих тел», тем самым как бы подчеркивая, что врач лечит не больного, а нечто неодушевленное, деструктурированное или абстрактное: болезнь, орган.

По Э. Фромму [8], степень группового нарциссизма соответствует реальной неудовлетво-

ренности жизнью, т. е. если это касается профессиональной деятельности, то профессиональной дезадаптации. Но каждый психиатр имеет возможность пройти свой путь профессионального

и личностного развития, венцом которого может быть рас-по-знание скрытых смыслов коллективного бессознательного и осмысление (т.е. придать ей смысл) своей жизни в профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков П. П. Эффекты тоталитарного сознания в норме и патологии. - В кн.: Актуальные вопросы психиатрической практики. Полтава, 1993, с. 4-5.
2. Гурвиц З. С. Обывательские комплексы психиатрического мышления (попытка анализа). - Независимый психиатрический журнал. 1991, М.: 1, с. 25-29.
3. Кабанов М. М. Социальная структура общества и некоторые проблемы психиатрии (К вопросу о злоупотреблениях психиатрией). - Обозр. психиат. и мед. психол., 1992, 1, с. 106-114.
4. Литвиненко В. И. Вплив правового чинника на діагностику шизофренії. - В кн.: На грани нормы и патологии. Стрелечье, 1994,

с. 84-85.
5. Сорокин Л. А. Человек. Цивилизация. Общество.; Перевод. - М.: Политиздат, 1992. - 543 с.
6. Фромм Э. Человек для себя: Перевод. - Минск: «Коллегиум», 1992. - 253 с.
7. Фромм Э. Душа человека: Перевод. - М.: Республика, 1992. - 430 с.
8. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: Перевод. - М. Республика, 1994. - 447 с.
9. Юнг К. Г. Архетип и символ: Перевод. - М.: Ренессанс, 1991. - 304 с.

Поступила в редакцию 10.01.96

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В США

Медицинское образование в США является сверхобразованием, т. е. подразумевает, что человек, пришедший в медицинскую школу (институт) уже имеет степень бакалавра после 4-х годичного высшего учебного заведения - колледжа.

Специальность, приобретенная в колледже, не имеет значения. Важно, чтобы количество часов по обязательным для поступления в медицинскую школу предметам (химии, физике, биологии) было выполнено.

Из 4-х лет медицинской школы, в которую американцы приходят примерно в возрасте 22 лет, первые 2 года посвящаются интенсивным занятиям по «базовым дисциплинам» - биохимии, фармакологии, патологии (патанатомия + патфизиология), микробиологии, поведенческим наукам, анатомии, физиологии. Следующие 2 года американцы изучают «клинические дисциплины» - внутренние болезни, хирургию, акушерство-гинекологию, психиатрию и т. д. В течение всего периода обучения сдаются экзамены после каждого цикла предметов. Эти экзамены - в основном письменные .

Кроме этих экзаменов, американские студенты-медики обязаны сдать 2 государственных экзамена, так называемые экзамены USMLE - United States Medical Licensing Examination, ведущие к получению титула Доктор Медицины .

Часть первая - это вопросы (их примерно 800) по «базовым дисциплинам». Вторая часть, которая включает примерно 800 вопросов, посвящена «клиническим дисциплинам». Обе части USMLE сдаются в специальных экзаменационных центрах, чаще всего при медицинских школах.

Каждый экзамен длится примерно 12 часов, разделенных на 2 экзаменационных дня. Вопросы носят характер программированных задач, клинических ситуаций, к которым дается 4-5 ответа, из которых: в одних случаях лишь единственный ответ является правильным, в других - единственный ответ является неправильным. Лишь 40-50 секунд, в среднем, отведено на чтение условия и ответ на каждый вопрос.

Успешная сдача экзамена требует очень глубоких знаний во всех сдаваемых областях. Письменные экзамены позволили оценивать знания претендентов за гораздо меньший промежуток времени чем устные.

По окончании медицинской школы выпускники подают заявления в медицинские резидентуры, где они получают образование и работают в выбранной ими медицинской специальности, получая при этом зарплату от 30 до 40 тысяч долларов в год. Это в 3-5 раз меньше чем зарплата - гонорар лицензированного самостоятельного врача.

Престижность специальностей и отдельных резидентур по стране определяет конкурс для претендентов, в котором учитывается все: баллы экзаменов USMLE, характеристики-рекомендации с места учебы, научная деятельность в период учебы в мед. школе.

Самые престижные специальности - акушерство-гинекология, хирургические субспециальности, радиология.

За период обучения в резидентурах, которое длится от 3-х лет во внутренних болезнях, до 5-6 лет в хирургических субспециальностях, резиденты учатся и работают в госпиталях по 80-120 часов в неделю, практически живя там. (Кстати, слово «резидент» и переводится «проживающий». Вспомните Булгаковские «Записки молодого врача»).

Такая интенсивная работа-учеба не только образовывает, но и формирует характер, волю, способность к самоотдаче и, в общем-то, физическую выносливость.

Особенно труден первый год резидентуры, который в США называют интернатурой, и требует получения знаний, обязательных для любой медицинской специальности: внутренние болезни, юридические основы и др. Остальные 2-4 года резидентуры посвящаются только выбранной специальности и ее составляющим. (К примеру, в психиатрии - амбулаторная и госпитальная психиатрия, консультативная, детская и подростковая, судебная и психиатрия острых состояний и т. д.).

Различные резидентуры отличаются по нагрузке, количеству больных, приходящихся на одного резидента, количеству ночных дежурств в месяц. В течение резидентуры, а вернее после первого года, резиденты обязаны сдать еще один экзамен - часть 3 USMLE получения лицензии - права самостоятельной деятельности в данном штате.

Каждый штат имеет свои лицензионные пра-

вила и если, после окончания медицинской резидентуры, врачи находят работу в другом штате, они обязаны получить лицензию там. Хотя сдавать экзамены для этого уже не требуется, бумажно-бюрократическая волокита «стоит не меньше нервов» и вызывает ненависть у всех врачей.

Примерно к концу резидентуры, молодые специалисты начинают сдавать экзамен по специальности, который до недавнего времени будучи частью престижа, теперь стал обязательным.

Кроме письменной части, которая включает в себя тип вопросов USMLE, есть и устная - работа с больным (диагностика, назначение лечения), что наблюдается и оценивается специальной комиссией.

Итак, закончив резидентуру к 30-31 годам, врачи становятся независимыми и подготовленными к самостоятельной деятельности.

В США существует возможность и предоставлять право получения медобразования и работы для выпускников иностранных медицинских школ, но лишь тех, имена которых представлены в специальном международном каталоге высших медицинских учебных заведений. Большинство медицинских институтов бывшего СССР включены в этот каталог.

Если, примерно до 1993 года, иностранным выпускникам было необходимо сдавать формальный экзамен ECFMG (Education Commission of Foreign Medical Graduates) - комиссии иностранных мед. выпускников, который был лишь укороченным вариантом National Board-экзаменов, сдаваемых американскими студентами-медиками, то теперь те и другие сдают унифицированный экзамен USMLE.

Каждая часть экзамена стоит иностранцам 400 долларов и проводится лишь два раза в год в тысячах экзаменационных центров по всему миру, чаще всего - в столицах стран.

Для получения подтверждения диплома-сертификата ECFMG2 необходимо сдать также экзамен по английскому языку или собственный экзамен ECFMG8 или универсальный TOEFL3 (Test of English as Foreign Language - экзамен английского языка в США), но лишь при условии совершения хотя бы одной попытки английского теста ECFMG. Даже американцы, закончившие медицинские школы за границей, обязаны сдавать экзамен по английскому языку.

Получив сертификат ECFMG, вернее уже сдав медицинские экзамены, иностранцы получают право на въезд в США по учебной визе на 4-5 лет резидентуры, если таковая найдена.

Чтобы попасть в резидентуру, претенденты рассылают анкеты-заявления в десятки, а иног-

да сотни госпиталей. Туда же отсылаются документы, подтверждающие действительное окончание данным лицом данной медицинской школы - (прямо адресованное письмо декана), выписки с оценками и часами посещения всех институтских дисциплин и т. д. Все это вместе с результатом - баллами USMLE экзаменов рассматривается специальными отборочными комиссиями при госпиталях и достойные претенденты вызываются на интервью-собеседование.

Побывав на интервью или даже на нескольких, если повезет, претендент подписывает соглашение со специальной государственной программ-резидентурой, которая подберет ему, по возможности, наиболее желаемую. Делается это просто: претендент составляет и отправляет список посещенных госпиталей, отмечая номерами 1, 2, 3 и т. д. от наиболее до наименее желаемого. Аналогичный список NRMP получает от госпиталей.

Одни раз в год компьютер анализирует списки обеих сторон (имеется в виду тысячи госпиталей и тысячи претендентов). Результаты этой «лотереи» объявляются в одной из престижных газет США - «USA-Today». По этим результатам госпитали получают резидентов, а потенциальные резиденты - госпитали.

Оспаривать это решение после его объявления запрещено по правилам NRMP (National Residency Matenvry Program - национальная программа по подбору резидентур), т. к. считается, что пожелания сторон уже выполнены.

В это время стороны приступают к заключению контрактов друг с другом. Некоторые достойные претенденты могут получать предложения о контракте еще до участия в NRMP, другие же не получают позиций даже после «розыгрыша» NRMP. В этом случае госпитали и резиденты, которые не получили друг друга (то и другое возможно), судорожно ищут друг друга: первые - чтобы не потерять резидентских мест в программе, а вместе с ними и государственное финансирование, вторые же, чтобы не потерять следующего года. В заключение, хотелось бы сказать, что каждый пятый врач в США - иностранец.

Из года в год политика Американской Медицинской Ассоциации (АМА) делается все более жесткой в отношении предоставления права иностранным выпускникам на учебу и работу в США. С 1996 года, в дополнение к письменным экзаменам USMLE, вводится устный экзамен - работа с больным.

Хочется надеяться, что АМА движет не дискриминационные соображения, а желание улучшить качество отбора иностранных врачей для работы в США.

Поступила в редакцию 23.07.95

ОТЗЫВЫ

* * * * *

... поздравляю Вас с огромным событием - созданием "Журнала психиатрии и медицинской психологии" и выходом в свет первого его номера. Трудно переоценить значение и важность появления такого существенного источника информации в области психиатрии и медицинской психологии.

Зав. кафедрой наркологии ХИУВ проф. Сосин И.К.

* * * * *

... Крымская Республиканская Ассоциация Психиатров, Психотерапевтов и Психологов (КРАППП) искренне поздравляет Вас с выходом первого номера "Журнала психиатрии и медицинской психологии". Нам известно с каким титаническим трудом приходится сталкиваться при выпуске научного издания в нынешней экономической ситуации. Между тем, уже первый номер "Журнала" свидетельствует о серьезности и академичности издания, его оригинальности. Крымская Ассоциация будет всячески поддерживать Ваши начинания как научными материалами, так и новой информацией, которая ей доступна. Мы рады, что психиатрическая и психологическая мысль на Украине обрела еще одну трибуну. Крымская Ассоциация будет постоянно популяризировать Ваш журнал среди своих сторонников и способствовать его расцвету.

Президиум КРАППП

* * * * *

... Рады появлению в Украине профессионального научно-практического журнала для специалистов, работающих в практической психиатрии. Надеемся на то, что регулярный выпуск журнала поможет восполнить пустоту, появившуюся в результате нарушения научных и информационных связей после распада СССР.

Главный врач Николаевской обл. псих. больницы № 2 Педак А.А

* * * * *

... Вы начали делать очень важное и нужное для Украины (да и для всех нас) дело. Постараюсь принять посильное активное участие и быть полезным в нашем общем деле.

Руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского, проф. Положий Б.С.

* * * * *

Dear Professor Abramov:

Thank you very much for sending us the first issue of your **Journal of Psychiatry and Medical Psychology**. We are extremely pleased to see that progress in Ukrainian psychiatry has resulted in the publication of another journal and hope you will be able to produce an interesting journal in the years to come. As you undoubtedly know, our foundation supports the journal of your psychiatric association, the *Visnik Assotsiatsii Psikhiatriv Ukraini*. This journal has a very practical purpose and therefore fits within the projects our foundation developed in Ukraine. Unfortunately, we are not able to take it upon ourselves to lend financial support to more than one journal, as we also work in more than a dozen of other countries in Eastern Europe and the former USSR. We hope you will understand our position and look forward to receiving your journal in future.

With best wishes, Sincerely yours,

Robert van Voren, General Secretary Geneva Initiative.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Калинкин В.М.** Психология профессионального медицинского общения как наука и учебная дисциплина 3
- Окушко В.Р.** Перспективы становления междисциплинарной медицины 9
- Проценко Т.В., Назим В.Г., Кузнецова В.Г., Сухов В.М., Третьякова З.Ф.** Социально-психологические и эпидемиологические аспекты проблемы болезней, передающихся половым путем, и СПИДа 17
- Сонник Г.Т., Милявский В.М.** Чувство страха при невротических расстройствах в условиях социально-экономического кризиса 19
- Михайлов Б.В., Шалашов В.В., Юрченко Н.П., Мусиенко Г.А., Немченко М.Ю., Харина Т.Г.** Личностные изменения у больных хроническим алкоголизмом 22
- Петрюк П.Т.** Комплексная терапия шизофрении с позиций системного подхода 25
- Пырков С.Г.** Влияние социально-экономических условий на криминогенную активность психически больных (клинико-эпидемиологическое исследование). 28

ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ И ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Абрамов В.А., Березов В.М.** Психолого-педагогические особенности компьютеризированного экзамена по клинической дисциплине 34
- Сосин И.К.** Изобретательская деятельность как раздел постдипломной подготовки психиатров-наркологов 38

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Абрамов В.А., Лебедев Д.С.** Психическая дезадаптация 45
- Талалаенко А.Н., Абрамец И.И.** Экспериментальная фармакология и нейрохимические механизмы действия ноотропных средств 56

ДИСКУССИИ

- Чуприков А.П., Пилягина Г.Я.** К концепции поля психического 69
- Долганов А.И.** Диагностика резерва психического здоровья при отборе претендентов в оперативный персонал АЭС 79

CONTENTS

ORIGINAL INVESTIGATIONS

- Kalinkin V.M.** Psychology of professional medical intercourse how science and study 3
- Okushko V.R.** Trends in foundation of intersubject medicine 9
- Protsenko T. V., Nazim V. G., Kusnetsova V. G., Suhov V. M., Tvetyakova Z. F.** Socio-psychological and epidemiological aspects of sexually spread of AIDS 17
- Sonnik G.T., Mylyavsky V.M.** Sense of fear in cases of neurotic disorders in a state of social-economic crisis 19
- Mikhailov B.V., Shalashov V.V., Yurchenko V.P., Musiyenko G.A., Nemchenko M.Yu., Kharina T.G.** Personality's changes in chronic alcoholism patients 22
- Petryuk P.T.** Complex therapy of schizophrenia from the position of system attitude 25
- Pyrkov S.G.** The Influence of social and economical conditions on criminogenic Activity of Mental patients (clinical and epidemiological study) 28

THE QUESTIONS OF THE TEACHING AND POSTGRADUATE TRAINING OF EXPERTS

- Abramov V.A., Beryezov V.M.** Psychological and pedagogical aspects of the computed examination in clinical disciplines 34
- Sosin I.K.** Invention activity as a part of postgraduate training of psychiatrists-narcologists 38

SCIENTIFIC REVIEWS

- Abramov V.A., Lebedev D.S.** Mental dysadaptation 45
- Talalayenko A.N., Abramets I.I.** Experimental pharmacology and neurochemical mechanisms of effect the nootropic remedies 56

DISCUSSION

- Chuprikov A.P., Pilyagina G.Ya.** About the Conception of the Field of Psychic 69
- Dolganov A.I.** Diagnostic of Reserve of health during the selection of challengers in operative staff of APS 79

REVIEWS

РЕЦЕНЗИИ

Абрамов В.А. В.Л.Гавенко, М.Е. Бачери-ков, Т.С. Самардакова и др. Програма з психіатрії, наркології та медичної психології (для студентів медичних та стоматологічних факультетів медичних вузів). - Київ. - 1995. - 42с.

Морозов М.Н. А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина. К Концепции поля психического. - Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1996. - № 1(2). - С. 69-78.

Петрюк П.Т. В.И.Литвиненко Терапевтическая среда психиатрического стационара. - Полтава. - 1995. - 114с.

Abramov V.A. V.L. Gavenco, M.E. Bachericov, T.S. Samardakova and others. The program on psychiatry, narcology and medical psychology (for students of medical and stomatology facultets of the medical institutions). - Kiev. - 1995. - 42p.

Morozov M.N. A.P. Chupricov., G.Ya. Pilyagina About the Conception of the Field of Psychic. - The Journal of Psyciatry and medical psychologi. - 1996. - № 1(2). - P. 69-78

Petryuk P.T. V.I. Litvinenco Therapeutic environment of psychiatric department. - Poltava. - 1995. - 114p.

OBSERVATIONS FROM PRACTIC

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Бурцев А.К., Выговская Е.М. Случай параноидного психоза у гомосексуалиста (к 85-летию описания случая Шребера).

Burtsev A.K., Vigovskaya E.M. The psyhosis of paranoya at the homosexualist (on 85 years from description Shrebers case)

PAGES OF HISTORY

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Синяченко О.В. Видные представители неврологии и психиатрии в нумизматических и фалеристических материалах

Sinyachenko O.V. Important representatives of neurology and psychiatry in numizmatic and f-aleristic materials

ТВОРЧЕСТВО ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

MENTAL PATIENTS CREATING

Мирошниченко И.И. Клинический случай "наукотворчества" душевнобольного

Miroshnichenco I.I. Clinical case of "scientific creating" at the mental patient

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

LETTERS TO EDITORIAL OFFICE

Литвиненко В.И. Деструктивное в общественном бессознательном и психиатрической субкультуре

Litvinenko V.I. Destractation in social unconscious and psychiatric subculture

Штейнберг В.Г. Медицинское образование в США

Steinberg V.G. Medical education in USA

ОТЗЫВЫ

113

OPINION

СОДЕРЖАНИЕ

114

CONTENTS

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

К опубликованию в «Журнале Психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, написанных через два интервала, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском и украинском (или русском, если статья на украинском) языках и реферат.

2. Статья должна иметь визу руководителя (на 3-ем экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

3. 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, методики исследования.

4. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

5. 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.

Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала, полученного автором от соответствующих данных литературы и их интерпретации. При изложении результатов клинко-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение. г) выводы или заключение. Методика исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

6. В конце последнего экземпляра статьи ставятся подписи всех авторов, общаются ученые степени и знания их, полные имя и отчество, адреса и номера телефонов.

7. Иллюстрации и рисунки представляются только в том случае, если полученные данные нельзя отразить в таблицах. Количество их - не более 3. Фотографии прямоугольные, контрастные, должны быть напечатаны на глянцевой бумаге, рисунки выполнены тушью на белой бумаге размером не более 0.5 стандартной страницы. Иллюстрации следует присылать в 2-х экземплярах (один в смонтированном виде (резиновым клеем) с обозначениями, на обороте второго экземпляра

указываются : порядковый номер иллюстрации, фамилия автора и название статьи; обозначаются верх и низ. Место, где в тексте должен быть помещен рисунок или таблица, следует отметить квадратом на левом поле, в квадрате проставить номер рисунка или таблицы.

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. Таблицы необходимо представлять напечатанными на машинке (а не в виде фото-таблиц).

9. Ссылки в тексте должны даваться с номерами в квадратных скобках в соответствии с приставленным списком литературы.

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 обзорных статьях и обзорах - не менее 40 источников. В список литературы не включаются неопубликованные работы. Список литературы должен быть напечатан через 2 интервала на отдельном листе.

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные, обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме и реферат. Резюме, отражающее основные положения работы, должно быть на русском, украинском и английском языках (до одной трети страницы) по следующей схеме: автор, название, учреждение. текст. В конце необходимо впечатать: «(Журнал психиатрии и медицинской психологии. - . N . - С. -) или (Журнал психіатрії та медичної психології.- - N . - С. . -) или (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - . - N .-С. -). Последняя строчка - Поступила в редакцию. Реферат на русском языке -до 1 страницы машинописного текста.

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. Донецкое отделение АПУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».