

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 1 (32), 2013 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О. В. Абрамов (відповідальний секретар), І. О. Бабюк, М.П. Бєро, Ю.В. Думанський, І.І. Зінкович, Б. Б. Івнєв, В. М. Казаков, Б. В. Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, С. В. Тігієвський, Л. Ф. Шестопалова, Л. М. Юр'єва.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю. А. Александровський (Росія), О.М. Бачеріков (Україна), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), В.А. Вербенко (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. Є. Казакова (Україна), М. М. Кабанов (Росія), В. М. Кузнецов (Україна), В.М. Козідубова (Україна), Г.М. Кожина (Україна), Н. О. Марута (Україна), В. Д. Мішієв (Україна), О. К. Напрєєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачніков (Україна), О. О. Фільц (Україна), О.С. Чабан (Україна), А. П. Чуприков (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 15891-4363 ПР від 13.11.2009р.

Наукове фахове видання в якому можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (Затверджено постановою президії ВАК України від 14.04.2010р. № 1-05/3)

Рекомендовано до друку та поширення через мережу інтернет Вченою радою Донецького Національного медичного університету ім.М.Горького (протокол № 3 від 26 квітня 2013р.).

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, вул. Одінцова, 19. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету. Тел./факс: (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		ORIGINAL INVESTIGATION
Лихолетова О.И. Экзистенциально-феноменологический подход к исследованию и психотерапевтической реконструкции психотического способа существования	5	Lykholetova O.I. Existential-phenomenological approach to the study and psychotherapeutic reconstruction of the psychotic way of being
Щербань В.О. Результаты изучения психопатологических и психологических особенностей больных с ревматоидным артритом	13	Scheban V.O. Results of investigation of psychopathological and psychological disorders in patients with rheumatic arthritis
Левада О.А., Пинчук И.Я. Протективное значение уровня образования пациентов для выраженности когнитивных нарушений на этапах формирования субкортикальной сосудистой деменции в контексте гипотезы когнитивного резерва	18	Levada O.A., Pinchuk I.Ya. Protective value of education for severity of cognitive impairments at the stages of formations of the subcortical vascular dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis
Габрель Р.Т. Індивідуально-психологічні особливості ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів в генезі порушення життєдіяльності партнерської пари	24	Gabrel R. T. Individual psychological characteristics of HIV-infected persons and their partners in the genesis violation of life affiliate steam
Казакوف В.Е. Предикторы возникновения психопатологии в отдаленном периоде ЧМТ	35	Kazakov V.E. Predictors of the psychopathology occurrence in the delayed period of TBI
Пономарёв В.И. Показатели физического и психомоторного развития подростков с зависимостью от летучих органических соединений и несуицидальным аутоагрессивным поведением в форме обсессивно-компульсивного самоповреждения кожных покровов	39	Ponomaryov V.I. the indices of physical development of adolescents with addiction to volatile organic compounds and non-suicidal forms of autoaggressive behavior (obsessive and compulsive self-damage of integuments)
Приб Г.А., Дворяк С.В. Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед наркозалежних та економічна ефективність підтримуючої терапії агоністами опіоїдів	43	Prib G., Dvoriak S. Complex prevention of HIV-infection among IDUs and economic effectiveness of opioid substitution treatment
Риткіс І. С. Репертуар копінг-стратегій, його взаємозв'язок з особистісними особливостями та рівнем стресостійкості у студентів зі звичним курінням і ініціальним етапом формування нікотинної залежності	48	Ritkis I. Repertory of coping-strategies and their relationship with personality characteristics and stress tolerance of students with habitual smoking and with the initial stages of formation of nicotine dependence
Бабюк И.А., Ивнев Б.Б., Шульц О.С., Побережная Н.В., Гашкова Л.А., Фирсова Г.М., Старушенко О.П. Адаптол и Ноофен в лечении постабстинентного синдрома у лиц молодого возраста с пивной зависимостью	53	Babiuk I.O., Ivnyev B.B., Shults O.Ye., Poberezhna N.V., Gashkova L.A., Firsova G.M., Starushenko O.P. Adaptol and Noofen in treatment of postabstinent syndrome in young patients with a beer addiction
Сквира И.М. Индекс жизненного стиля у лиц с алкогольной зависимостью в компенсированной ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях	58	Skvira I.M. Life style index in individuals with alcohol dependence in compensated remission and in relapse-dangerous clinical situations
Царенко О. М. Взаємовплив клініко-психопатологічних, особистісних, міжособистісних та середовищних чинників на формування гос-	63	Tsarenko H.M. Interference clinical psychopathology, personality, interpersonal and environmental factors on formation of hospital

пітальної дезадаптації хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Чистікова О. І. Типологія індивідуально-психологічних особливостей працівників пожежної охорони з психологічною дезадаптацією, в залежності від стажу роботи в умовах підвищеної небезпеки

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Піонтковська О. В. Поведінкові патерни подолання стресу у батьків онкохворих дітей

Ряполова Т.Л., Титухин Н.В., Кокотова Е.А. Социально-демографическая и клиническая характеристика больных с аффективными расстройствами депрессивного спектра

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Абрамов В.Ан., Пуятин Г.Г., Малтапар О.К., Шелестова М.А., Абрамов В.Ал., Бойченко А.А. Антистигматизационные подходы к оказанию психиатрической помощи

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Петрюк П.Т., Иваничук О.П. Слово о профессоре П.П. Тутышкине – известном отечественном психиатре и психологе (К 145-летию со дня рождения)

Кутько И.И., Терёшин В.А., Пересадин Н.А. А.П. Чехов и М.А. Булгаков. Медико-психологические и деонтологические ипостаси жизни и творчества знаменитых писателей – врачей

Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Слово о книге профессора К.Т. Ясперса «Общая психопатология» (К 100-летию публикации)

maladjustment of patients with paranoid schizophrenia in conditions of compulsory treatment

Chystikova O.I. Typology of individual psychological characteristics workers of fire protection with psychological maladjustment, depending on the length of service in a high risk

SHORT REPORTS

Piontkovskaya O.V. Behavioral patterns of coping in parents of children with cancer

Ryapolova T.L., Tituhin N.V., Kokotova O.O. Social-demographic and clinical characteristics of affective disorders by depressive spectrum

SCIENTIFIC REVIEWS

Abramov V.An., Putyatin G.G., Maltapar O.K., Shelestova M.A., Abramov V.Al., Boychenko A.A. Anti-stigmatization approaches to delivery of psychiatric support

HISTORY MEDICINE

Petryuk P.T., Ivanychuk O.P. Word about the professor P.P. Tutyshkin – the known domestic psychiatrist and psychologist (To 145-th anniversary)

Kutko I.I., Teryshin V.A., Peresadin N.A. A.P. Chekhov and M.A. Bulgakov. Medical, psychological and deontological hypostases life and work of the famous writers – doctors

Petryuk P.T., Petryuk A.P. Word about the book of professor K.T. Jaspers «General Psychopathology» (To 100-years of publication)

*О.И. Лихолетова***ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПСИХОТИЧЕСКОГО СПОСОБА СУЩЕСТВОВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экзистенциальная психотерапия, феноменология, психотический способ существования, первый психотический эпизод

Одной из важных целевых стратегий реабилитации пациентов с психозами шизофренического спектра является реконструкция психотического способа существования, проведение которой в дальнейшем позволяет больному восстановить целостность и самоидентичность образа своего «Я», а также создает фундамент для психотерапевтической коррекции осознания смысла перенесенного психиатрического опыта.

Основной целью данной работы является рассмотрение методологических аспектов, на которых основан анализ и реконструкция внутреннего психотического мира переживаний больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ). В основе лежит осознание и коррекция содержания экзистенциально-аналитических феноменов: нарушения пространственно-темпоральных параметров, дезинтеграции «Я» пациента, потери переживания «связанности» и «структурности» себя и мира, понятий «бытия» и «небытия», понимания смысла переживаемых явлений и жизни в целом.

Так как в наши дни термин «экзистенциальный» часто подвержен искажающим интерпретациям, нам видится целесообразным уточнить его содержание применительно к сферам психологии и психиатрии, что также соответствует его значению в настоящем исследовании. Этот термин означает установку, особый подход к человеческому существованию [1]. Это не система терапии с набором техник и приемов, а установка по отношению к терапии: понимание и изучение структуры, способа человеческого существования и его субъективных переживаний [2], которые всегда должны предшествовать всем другим психотерапевтическим техникам. Приложение экзистенциальных понятий к психоте-

рапии (ПТ) рассматривается экзистенциальной ПТ, основной целью которой является изучение существования человека (здорового и психически больного), как процесса его личностного становления. Она делает акцент на понятии идентичности, самобытности, самореализации и переживании себя собой (своей самости), как неперемennого условия человеческой природы [3]. Феноменология представляет собой первый этап экзистенциальной ПТ, она пытается принять феномен, как данное, фокусируясь на субъективных состояниях сознания пациента и практически игнорируя психологическую причинность явлений. Европейские феноменологи считают, что лучший способ понимания бытия другого человека состоит в том, чтобы оказаться в его мировоззрении и стать способным увидеть его мир его глазами. Одним из таких направлений является экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера [4], представляющий собой синтез психоанализа, феноменологии и экзистенциальных идей. Он направлен на реконструкцию внутреннего мира переживаний психиатрических пациентов, в основе которой лежат положения экзистенциальной философии М. Хайдеггера [5].

«Объективистский» взгляд специалиста на душевную жизнь пациента не дает истинного ее понимания. Больной психическим расстройством, как и любой другой субъект, имеет то, что ориентирует его в мире, возможности, которые им реализуются, внутреннее пространство и время, определенная настроенность на других людей. Существование больного с психозом в его психотическом мире является для него осмысленным, несмотря на то, что это противоречит нашему смыслу. Поэтому, сколь бы бессмысленным специалисту не казался психотический способ существования, он требует изучения и по-

нимания, как осмысленный через осознание потребностей, чувств, забот и субъективных переживаний пациента.

Многими психиатрами, психоаналитиками и психотерапевтами, работающими в экзистенциальном ключе [1,2,4,6,7], подчеркивалась важность умения понимать и описывать «внутренний мир» пациентов с психозами. Р. Лэнг [8] писал, что «единственным путем постижения мира психотика, является погружение в его мир», а единственной возможной формой постижения личностного в человеке является экзистенциальная феноменология, которая «артикулирует то, чем является мир другого и каков способ его существования в нем». Основными методами экзистенциальной феноменологии выступают описательная феноменология (вербализация пациентами своих переживаний, самоотчеты и т. д.) и категориальный анализ (анализ субъективного переживания пациентами пространства и времени с целью установления тщательной и детальной реконструкции внутреннего универсума переживаний пациента).

Так, субъективное чувство переживания времени во многом влияет на содержание смысла жизни: искажение чувства времени – это естественный результат искажения жизненного смысла.

Наиболее привычным для людей модусом пространственности является «ориентированное» пространство, в котором существуют такие характеристики, как «спереди» - «сзади», «справа» - «слева»; есть ближайшее и удаленное пространство для оценки расположения объектов; у пространства есть границы, у объектов – «снаружи» - «внутри» [1].

Особое качество принимает ориентированное пространство в зависимости от чувственного настроения, так называемое, «настроенное» пространство. Так, пространство может увеличиваться, расширяться, связываться при чувстве счастья, любви, и, наоборот – сужаться, опустошаться при печали, отчаянии.

Интересным оказывается использование феноменологии в области изучения спектра шизофренических психозов с их психотическим способом существования. Рассмотрение психотического состояния в экзистенциальном контексте делает понятным переход от здорового способа существования к психотическому. Поэтому сочетание естественнонаучных данных, раскрывающих закономерности функционирования человека как биологического организма, с феноменологическим подходом, дающим понима-

ние его жизни, как личности, делают наиболее полным представление о внутреннем мире пациента.

Рассмотрение существования человека через призму экзистенциального подразумевает восприятие человека в процессе становления (т. е. как строящий себя «проект»), в переживании им кризиса: тревоги, страха, отчаяния, конфликтов, отчуждения от самого себя [9]. Психотический приступ, в котором человек испытывает на себе психотическую реальность, проживает психотический способ существования, представляет для него серьезную кризисную ситуацию (человек оказывается перед лицом чего-то необъяснимого), в которой обостряются все экзистенциальные составляющие человеческого «бытия». Страх психотической природы, который испытывает человек, столкнувшийся с опытом психотических переживаний, неопределенный, беспредметный, всеобъемлющий – поглощает всю экзистенцию человека и приводит к растерянности, непониманию того, что делать и от чего бежать. Однако именно психотический страх потрясает человека во всех его жизненных отношениях, абстрагирует от ежедневных проблем, забот, всего мирского, временного и обращает человека к истокам его истинного существования. Переживание экзистенциального кризиса поднимает человека на одну ступень выше в его эмоциональном и духовном развитии. По-новому происходит оценивание себя в мире, пересматриваются цели, ценности и смысл существования. Это иначе определяет решение проблемы «свободы», которая представляет собой «выбор» личностью одной из бесчисленных возможностей, и «ответственности», которая следует за «выбором» того или иного способа действий и наделяет «свободу» смыслом. Именно в такой трансформации экзистенциальных параметров заключается смысл переживания человеком психотического опыта.

В рамках экзистенциально-феноменологического подхода возможным было исследование психотического «миро-проекта» при психозах с применением экзистенциального анализа. В данном контексте психоз представляет собой не болезнь мозга, а вариант модификации фундаментальных или сущностных структур и структурных связей «бытия-в-мире, как трансцендирования» [1]. Выделение психотических способов существования, как особых форм трансценденции «бытия-в-мире», характерных для шизофреники и шизофренических психозов, представляли собой наилучшие модели для исследо-

вания субъективного мира психотика [6]. Исследование пространственно-темпоральных характеристик психотической реальности обнаружило два типа модификации мироустройства: 1) «скачка идей», «прыжки», «завихрения», при этом существование поверхностно, с переходом от эйфории к депрессии (нозологически – биполярное расстройство настроения); 2) уменьшение и сужение существования, «экзистенция, как бы усыхает, сжимается, а одновременно с ограничением поля возможного опыта происходит ее приземление, обмирщение» (аутизм) [4].

Одной из целью разработанной нами системы экзистенциально-личностного восстановления больных с ППЭ, в основу многих психотерапевтических техник и приемов которой был положен экзистенциально-феноменологический подход, являлась реконструкция внутреннего мира переживаний больных ППЭ.

Феноменологический подход предъявлял повышенные требования к специалисту, осуществляя попытку очистить его мысли от предположений, общих понятий, диагностических конструкций, посредством которых он слышит и ориентирует себя в мире в данный момент времени, и которые часто являлись причиной восприятия им в пациенте своих собственных систем и теорий, вместо готовности слушать и слышать в терминах и на языке пациента, безоценочно переживать феномен вместе с пациентом, то есть «присутствовать» в процессе. Кроме того, важным являлось умение специалиста отмечать не только слова пациента, но и выражение его лица, жесты, различные чувства, которые он испытывал в процессе общения, что требовало от специалиста достаточной гибкости своих конструкций в пользу присутствия в субъективности внутреннего мира пациента. Таким образом, феноменологический подход был построен на базисе существования и проявления «самости» пациентом в своем внутреннем психотическом мире, и «присутствия», принятия участия терапевта в субъективном мире пациента.

Не просто однобокая диагностика и констатация факта наличия того или иного феномена в клинической картине ППЭ, а понимание различных психопатологических симптомов (в том числе психотических), которыми насыщен острый продуктивный период болезни, через призму феноменологического подхода, позволяло с иного ракурса посмотреть на механизмы формирования симптомов с акцентом на субъективной стороне их переживания самими пациентами. Подобное видение проблемы формирования

некоторых симптомов психоза не исключало, а дополняло уже имеющиеся в арсенале клиницистов представления об этих механизмах. Знание клиницистами не только биохимических основ формирования психопатологической симптоматики психоза (что успешно нивелировалось фармакотерапией), но и осознание ими экзистенциальных основ формирования психоза, переживаний и логики пациента, живущего в психотической реальности, в значительной мере повышали доверие пациента врачу, служили осознанному применению психотерапевтических техник, а на последующих этапах создавали предпосылки для устойчивого психотерапевтического альянса.

Феноменологический и экзистенциальный подходы к терапии пациентов с ППЭ не отвергали необходимости использования технических приемов диагностики и клинического исследования, изучения динамики болезненного процесса, что позволяло комплексное использование этих подходов. «Объективный» подход и «понимающе-субъективный» дополняли друг друга, так как рассмотрение одной и той же проблемы с разных точек зрения значительно улучшало понимание явлений и во много раз увеличивало эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

С клинической точки зрения, психоз представляет собой психическую болезнь, а с экзистенциально-личностной – особый способ существования. Такая идентификация психозов шизофренического спектра и самой шизофрении существенна для теории и практики. С одной стороны возможно описание этих болезненных состояний с ориентировкой на симптомы, с другой – посредством «вчувствования» в болезнь, открытия доступа к глубине ее психопатологии и содержащимся в ней экзистенциальным темам.

Имеющиеся современные классификации восприятия, с выделением таких его характеристик, как восприятие времени и пространства, делало целесообразным включение пространственно-темпоральных параметров в объяснение возможных психологических механизмов формирования у пациентов расстройств восприятия и самосознания, что делало для нас более понятным и механизмы бредаобразования с его «кривой» логической структурой.

В феноменологии психотического «бытия-в-мире» основной координатой являлась темпоральность. В психиатрической практике изучение времени было ограничено проверкой того, ориентируется ли пациент во времени и субъек-

тивным восприятием скорости протекания его психических реакций.

Для пациентов с ППЭ время казалось фиксированным в одной точке, в настоящем моменте. При присоединении депрессии время замедлялось или переживался его обратный ход. В психотическом способе существования нарушалось переживание автоматического структурирования времени, отсутствовало ощущение последовательности прошлого, настоящего и будущего. «Фиксированное» настоящее приводило к разрыву связи между прошлым и будущим, осознание которых у больных резко сужалось.

Переживание пространственности в психотической реальности также имело свои особенности:

1) Имея ранее опыт существования в «ориентированном» пространстве, теперь для больного были потеряны пространственные ориентиры, в переживании «нового» пространства могли наблюдаться аномалии зрительного восприятия;

2) «Настроенное» пространство теряло свою согласованность, искажалось, воспринималось, как в тумане, с отсутствием света, нарушением ощущения расстояния, сужением жизненного пространства, проникновением пространства в тело. Такой вид переживания пространственности служил почвой для формирования персекуторных идей;

3) Многие больные слышали «голоса», ощущали на себе взгляды посторонних наблюдателей. Будучи уверенными в истинности данных переживаний, они не отрицали отсутствия данных феноменов в той действительности, в которой они общались с врачом и другими людьми, но для них была открыта еще одна реальность, в которой эти феномены существовали, привносили страх и, по мнению пациента, могли его настигнуть. Так, по описанию Мерло-Понти [1], «...что охраняет здорового человека от бреда и галлюцинаций, так это структура его пространственности, а не проверка реальности»;

4) Чувства отчаяния, бессмысленности, безысходности и пустоты, часто ощущаемые больными после перенесенного ППЭ, опустошали и ограничивали их пространственность.

Таким образом, понимание переживания пациентами пространственности в психотическом способе существования, позволяло понять механизмы формирования галлюцинаций и бреда, как феноменов.

Помимо исследования пространственно-темпоральных параметров психотической реально-

сти, большое значение имело изучение изменений, происходящих в самом пациенте, в его когнитивно-аффективной сфере, его экзистенциальных темах.

Через «вчувствование» в то, что происходит при психозе, мы обратились к существенным феноменам, которые имелись в мышлении, в чувствах, телесных ощущениях, соотношении с миром, а именно – утраты целостности своего «Я», реальности и прочности окружающего мира. Пациент терял «переживание связанности и структурности» внутри себя и в мире, что характеризовало его экзистенцию. Его «Я» не могло удерживать чувство идентичности, свои границы по отношению к миру, терялись ориентиры, и отсутствовала опора внутри себя и в мире, нарушалась «связанность» и закономерности между внутренними процессами и объектами внешнего мира – таким образом, человек чувствовал свое «растворение», потерю своего существования («бытия-здесь»). Защитой от «растворения» и силы воздействия со стороны мира выступали деперсонализация окружающего, аутизм и бегство в бред. Они глубже уводили в болезнь, но, на некоторое время были способны защитить человека от «распада» и «растворения», что субъективно для больного делало ситуацию более переносимой. Из-за невозможности обнаружить цели и ориентиры в психотической действительности, пациент пытался найти их в самом себе, активно отгораживаясь от нее. Характерное повышенное внимание и фиксация больных психозами на мелких, малозаметных деталях («лежащий на асфальте окуроч», «маленькая дырочка на стене комнаты» и т. п.), давали хотя бы некоторую опору и удерживали для больного картину «связанности» окружающего мира.

«Опыт растворения мира и себя в мире» возникал, как следствие утраты «связанности и структурности». Он распространялся на собственное существование – психику, тело, идентичность. Такая утрата внешней и внутренней основы вела к появлению хаотичного, ненаправленного страха (известное в клинической практике чувство растерянности, утраты целенаправленности, ощущения приближения чего-то ужасного и необъяснимого). Результатом страха являлось нарушение переживания объектов на чувственном уровне, предметы теряли связь друг с другом, свой реальный смысл и назначение, что являлось предпосылкой наделения их «особым», конгруэнтным аффекту смыслом (из клинической практики – идеи особого значения, отноше-

ния).

Следствием потери эмоционального базиса являлась утрата принадлежности чувств и действий самому пациенту. Переживание «растворения себя в мире» и когнитивное компенсирование этого процесса приводили к приписыванию происходящих внутри процессов действию силы, идущей извне (из клинической практики – психические автоматизмы). Работа когнитивной составляющей заключалась в составлении возможных интерпретаций происходящего во внутреннем и внешнем мире хаоса (бредовые идеи), что в субъективном мире пациента являлось рациональным, построенным на существующей в его сознании психотической реальности мира.

Эмоционально значимая информация, поступающая в сознание пациента, усиливала нарушение ассоциативных процессов, что проявлялось в виде соскальзывания (тогда блокировалось проникновение чувств в сознание) или шперрунгов (эмоциональный импульс достигал сознания, но блокировались процессы мышления). Это можно было объяснить трудностями когнитивной переработки информации и недостаточностью психологических защит, что позволяло чувствам бесконтрольно вторгаться, становиться между «Я» и процессами мышления. При этом усиливающийся распад связанности мыслей и переживаний выступали в качестве своеобразной защиты сознания от травмирующей информации.

Таким образом, утрата ощущения «связанности и структуры» являлась одним из самых значимых субъективных переживаний при шизофреническом психозе, что делало этот феномен экзистенциальной тематикой заболевания.

Наиболее значимыми и неизбежными для указанного контингента больных экзистенциальными вопросами являлись те, которые в клинической психопатологии не имели большой значимости. К ним относились:

1. Понятие и критерии распознавания действительности. Эта проблема вставала перед больными вследствие ощущения ими ненадежности, нестабильности, шаткости и чуждости окружающей реальности психотического мира, который силой вторгался в их субъективную реальность, «растворяя» ее, и нарушая все ориентиры, свидетельствующие о существовании или исчезновении человеческой экзистенции.

2. Понятие и ориентиры существования себя в психотической действительности проявлялись в тягостном сомнении больного, действительно

ли он существует, и если существует, то где? В каком месте реальности? Переполненность «своего собственного» «чужим», невозможность разделить «внутри» и «снаружи», потеря пространственно-временных отношений – все это свидетельствовало о полной потере ориентации, отсутствии точек соотнесения, опоры и нахождения себя в пространстве.

3. Понятие «небытия» (смерти, «растворения», «неживости») себя в окружающем мире – этот экзистенциальный феномен переживался психотическим больным, как потеря своего существования и существования мира при наличии своей «живости». Одновременное ощущение бытия и небытия приводит к появлению страха, полной утрате какой-либо надежной структуры, способной выступить в качестве точки опоры доказательств своего «бытия», и борьбы за то, чтобы сохранить для себя действительность и свое существование в ней.

Главной экзистенциальной проблемой больного, проживающего психотический способ существования, являлся вопрос о том, как связать воедино объективную действительность и опыты своих переживаний, чтобы сохранилась их «связанность» и «структура», как определить в них ориентиры для доказательства своего существования, и как придать миру надежность, когерентность и стабильность.

Эта проблема вызывала интерес у больных в отношении: а) окружающего мира и его объектов (разрозненность, бессвязность, непрочность вещей в мире, отсутствие опоры, отсутствие доверия); б) окружающих людей и семейных отношений («растворение» связанности среди других людей, членов семьи, чувства угрозы их «растворения» в мире); в) самого себя (чувство «растворения» своего «Я», психики и тела, утрата надежной структуры, переполненность страхом).

По мере купирования психотического состояния, модифицировалась психотическая реальность, происходила трансформация пространственно-темпоральных параметров. Однако, даже после полного устранения болезненных симптомов, появления частичного осознания происшедшего, представление о пространственно-темпоральных соотношениях могло оставаться искаженным вследствие опыта перенесенной психотической действительности. У многих пациентов продолжало сохраняться недоверие к существующей реальности, наполняющим ее объектам, перепроверка связанности характеристик мира. Кроме того, пациентам требовалось

время, чтобы восстановить целостность своей темпоральной структуры, переживание субъективности течения времени, вновь почувствовать свое «бытие-в-мире» в текущем моменте времени.

Сложным представлялся процесс осознания пациентами опыта своего переживания времени, пространства, «связанности» и «структурности» мира и самого себя во время психотического приступа. Однако, это понимание было необходимо для видения пациентами цельной картины случившегося, вербализации того, что им самим было трудно озвучить, и адекватного, безопасного и осознанного включения опыта психотической реальности в стройность течения своей темпоральной структуры. Переживание опыта потери связанности таких вселенских феноменов, как время и пространство, повышало степень ценности здорового переживания этих феноменов в окружающем мире, точно так же, как и ценность психического здоровья и человеческого существования.

Психотическая форма «бытия-в-мире» рассматривалась не с точки зрения ее ненормальности, а с точки зрения «новой» формы «миро-проекта» больных с ППЭ.

Таким образом, экзистенциально-аналитическое исследование психотического способа существования включало:

1. Проведение описательного феноменологического исследования путем вербализации пациентами своих переживаний, метода наблюдения, анализа самоотчетов.

2. Исследование параметров пространственно-временных характеристик.

3. Используя данные пунктов 1 и 2, выявление основной фабулы существования пациента в психотической действительности.

4. Реконструкция переживания психотического способа существования больных ППЭ.

Фундаментальная фабула психотической реальности представляла собой некую категорию или «ключ» к «миро-проекту» пациента. Сохранение этой фабулы являлось основной целью пациента, проживающего психотическую действительность, так как ее нарушение или угроза нарушения грозили пациенту потерей чувства своего существования, вызывали неудержимый страх и заставляли всячески защищать эту фабулу от разрушения. В субъективном переживании пациента именно она поддерживала для пациента его «мир» и собственное «бытие» в нем. В качестве «защит» выступали симптомы: невязчивости, ритуалы, фобии, бред, им-

пульсивные действия, отгороженность, аутизм. Симптомы выступали в качестве попытки охранения и контроля ограниченного несвободного и обедненного психотического мира, где каждый симптом выражал угрозу крушения «мира» и стремление пациента в «небытие».

Приведем экзистенциально-аналитическое исследование двух «миро-проектов» больных с ППЭ:

Пример 1. Мужчина, 27 лет, находящийся на стационарном лечении в остром отделении Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка с диагнозом: Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1), демонстрировал своим поведением страх, недоверие окружающим, социальную отгороженность.

В беседе сообщал об опасности мира и объектов в нем, ощущение давления и нажима на него со стороны мира, видел особый смысл в окружающем и чувствовал враждебную настроенность во всем. Ощущал необходимость охранять себя от людей и вещей путем постоянного контроля реальности, подозрительности, соблюдения дистанции от всего, несущего в себе угрозу, ощущал запрет на сон из-за возможной потери контроля. Испытывал сильное внутреннее напряжение, позволяющее ему связывать воедино все части своего «Я», не давать ему распасться и не позволять внешнему миру нарушать границы «Я». Находясь в пустом помещении, чувствовал себя немного спокойнее, если выдерживал расстояние между собой и предметами, но вторжение «невидимого» в его собственные границы не исключал. При приближении к нему людей испытывал беспокойство, замечал их стремление вторгнуться на его территорию и разрушить ее. В качестве защиты «напрягал все тело и мозг, мешая энергетическому вторжению».

Временной характеристикой данного «миро-проекта» была «фиксированность» в одном отрезке, нарушение плавности течения времени, «рывки» времени. Пространственность характеризовалась уменьшением, сужением пространства вокруг пациента, наполненностью его людьми и предметами, теснотой, трудностью идентификации собственного пространства. Механически пациент чувствовал силу, нажим, давление извне. «Ключом» к «миро-проекту» пациента являлась необходимость сохранения любой ценой должного баланса, упорядоченной структуры и гармоничности объектов в мире относительно границ самого пациента. Катастрофическим событием его психотической реальности

была угроза нарушения границ его «Я», вторжения внутрь и потери связанности элементов «Я», что означало – смерть («небытие»). Основными способами защиты выступали: рационализация, контроль, физическое дистанцирование, социальная отгороженность, бессонница, внутреннее напряжение, страх. Бредовые идеи вмешательства, отношения сигнализировали о возможной опасности вторжения в собственные границы.

Пример 2. Женщина, 30 лет, находившаяся на стационарном лечении в остром отделении Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка с диагнозом: Острое шизофреноподобное психотического расстройства (F23.2), длительное время страдала от разного рода фобий. Два года назад перенесла ситуацию, когда упала в канализационный люк, сломала ногу и провела там в темноте и холоде несколько часов, после чего ее нашли и доставили в больницу. Находясь в люке, испытала страх смерти, который шел от темноты и холода вокруг. С этого времени испытывала страх при виде глубоких ям, длинных туннелей, боялась ночного времени суток. Постепенно страх становился генерализованным, отражался на поведении пациентки: боялась открытых окон и дверей, любых маленьких темных «дырочек» в стенах комнат, зданий, настенных розеток, трещин в тротуаре – всего того, откуда, по мнению больной, могло «дуть холодом». В качестве защиты от страха ограничивала свои перемещения в пространстве, закрывала везде двери и форточки, избегала ходить по потрескавшейся земле, не подходила близко к стенам кирпичных зданий, в помещениях замазывала мелкие «дырочки» в стенах зубной пастой, которую для этих целей носила с собой. Если страх внезапно настигал ее, закрывала глаза руками и громко считала до 10-ти. Находясь в больнице, высказывала идеи о том, что есть группа людей, которые намеренно прокалывают стены, подстраивают ситуации, чтобы она оказалась рядом с «местами, из которых дует».

Экзистенциальным источником страха у пациентки являлся страх смерти, «небытия». Угрозу своему существованию она видела в таких явлениях, как «темнота», «пустота» и «холодный дующий воздух», которые привнесла и зафиксировала в ее воображении стрессовая ситуация. Субъективная реальность для больной была сведена к категории «заполненности пустого пространства, его статичности и недопущении хаоса» - это и являлось ключевой фабулой данного «миро-проекта». Посредством сохранения сво-

его «миро-проекта» таким, больная пыталась избежать катастрофического события – своего исчезновения, «небытия». Страх представлял собой охрану ее ограниченной категориями «заполненности» и «статичности» психотического мира. Угрозу потери своего существования больная компенсировала ритуалом, при котором «закрывание глаз» помогало сконцентрироваться на своем внутреннем пространстве, а «громким счетом» она подтверждала свое существование и целостность частей «Я». Время для больной делилось на «до» и «после» падения в люк, настоящее было плохо структурированным. Характеристикой пространственности выступало его резкое ограничение, сужение, корректировка его заполненности содержимым («замазывание дырочек») и поддержание статичности его структуры («недопущение циркуляции воздуха»). Пустоты, незаполненность пространства содержимым, темнота, холод и диффузные перемещения в пространстве, символизировали смерть в психотической реальности данной больной. Описанные виды защит (навязчивости, ритуалы, фобии, поведенческие реакции) были направлены на недопущение в мир хаоса и поддержание его структуры константной. Защитный характер носила также кристаллизация в сознании больной персекуторной фабулы бреда. Аффект страха становился терпимее при знании больной о происках реальных врагов, нежели при мыслях о стремлении ввести ее в «небытие» непостижимой сверхъестественной силы.

Вышеописанные примеры показывали, что мы не сможем понять симптом или синдром, если будем начинать исследование непосредственно с них. Анализ более ранних переживаний пациента давал возможность нащупать основную фабулу, на которой держался весь психотический «миро-проект» данного конкретного больного. Следовало также учитывать возможность существования нескольких «миро-проектов» у одного психотического больного.

Таким образом, экзистенциально-феноменологический подход к исследованию шизофрении и психозов шизофренического спектра делал более понятным и ощущаемым переживание больными психотической реальности и способа существования в ней. Содержание экзистенциально-аналитических феноменов обогащало знания и открывало новые возможности для понимания механизмов формирования симптомов болезни. Субъективное проживание психотической действительности было пронизано базовыми темами человеческой экзистенции, которые

больные пытались понять, сохранить, защитить, отыскать в ней точки опоры, что и делало их чуждыми миру. Психотический опыт, сопряженный с развалом системы темпорально-пространственных ориентаций, смысла происходящего, доверия миру и его надежности, в сочетании с переживанием опыта своей дезинтеграции с чувством «растворения» себя в мире, переживался больными, как острый кризис, последствия которого в виде психологического дистресса еще длительно сопровождали психотических больных.

Значимым результатом экзистенциального аналитического исследования больных с ППЭ было открытие того, что сущность личности

больных, с объективной точки зрения, не распадалась на части, все ее составляющие (ассоциативные, речевые, аффективные, кинестетические, перцептивные) были взаимосвязаны друг с другом и представляли собой сохранившуюся структуру.

К опыту переживания самого психоза у больных с ППЭ добавлялся первый опыт столкновения с психиатрическими службами, а затем и опыт социальных ограничений, которые накладывала болезнь – то есть целый комплекс негативных эффектов, позволяющий при более детальном изучении, еще глубже понять страдания больных с ППЭ.

О.И. Лихолетова

ЕКЗИСТЕНЦІЙНО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПСИХОТИЧНОГО СПОСОБУ ІСНУВАННЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У цьому дослідженні зроблена спроба розуміння психотичного способу існування хворих на перший психотичний епізод з точки зору екзистенційних даностей. Описано особливості проведення феноменологічного аналізу психотичної дійсності, дано пояснення психопатологічним явищам (симптомам) з точки зору екзистенційно-феноменологічного підходу. Показані феномени-мішені для психотерапевтичної реконструкції переживання хворими психотичної реальності. Виявлено найбільш важливі для даних хворих екзистенційні теми, що вимагають психотерапевтичної корекції. Наведені приклади екзистенційно-аналітичного дослідження психотичного способу існування хворих з першим епізодом психозу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 5-12).

О.И. Lykholotova

EXISTENTIAL-PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO THE STUDY AND PSYCHOTHERAPEUTIC RECONSTRUCTION OF THE PSYCHOTIC WAY OF BEING

M. Gorky Donetsk state medical university

The present study attempted to understand the psychotic way of being patients with first psychotic episode from the point of view of existential givens. There was described the features of phenomenological analysis of psychotic reality. The explanation of psychopathological phenomena (symptoms) in terms of the existential-phenomenological approach was given. There were showing the phenomena of target for the psychotherapy reconstruction of patients experiencing psychotic reality. There were identified the most important existential themes that require psychological adjustment. There were given the examples of existential-analytical study of the psychotic way of being patients with first-episode psychosis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 5-12).

Литература

1. Мэй Р. Истоки экзистенциального направления в психологии и его значение / В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. с англ. М. Занаворова, Ю. Овчинниковой. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 113.
2. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2003. — 472 с.
3. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Москва: «Класс», 1999. — 576 с.
4. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология // Логос: Философско-литературный журнал. — 1992 (1). - №.3. — С. 125 — 135.
5. Хайдеггер М. Бытие и время. Москва: «Ad Marginem», 1997. — 466 с.

6. Лэнгле А. Психопатология и экзистенциальные темы в шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. — 2008. - Т. 59. - №4. — С. 37 — 57.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва: «Прогресс», 1990. — 196 с.
8. Лэнг Р. Д. Расколотое «Я»: пер. с англ. - СПб.: Белый Кролик, 1995. - 352 с.
9. Якобсен Б. Жизненный кризис в экзистенциальной перспективе: могут ли травма и кризис рассматриваться как помощь в личном развитии? [Электронный ресурс] / Б. Якобсен. — Режим доступа: <http://hpsy.ru/public/x2267.htm>. — Загл. с экрана.

Поступила в редакцию 18.02.2013

УДК 616.89-06:616.72-002.77]:159.9.072

*В.О. Щербань***РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: ревматоидный артрит, психопатологические и психологические нарушения

Ревматические заболевания (РЗ) сохраняют статус важной проблемы для медицинской науки и современного практического здравоохранения. Высокая распространенность ревматических заболеваний, преимущественное их развитие у лиц трудоспособного возраста, хроническое прогрессирующее течение, нередко приводящее к ранней инвалидизации больных, определяют актуальность изучения этой группы заболеваний [1, 2].

Как отмечают Ильин В.И., Похилько В.И., ревматические болезни не только уродуют тело, но и психику пациентов, а также приводят к ряду нарушений со стороны центральной и периферической нервной системы. Авторы подчеркивают, что знание психики больного и особенностей его личности является проблемой первостепенного значения и выступает необходимым звеном в изучении психосоматических взаимоотношений, составляет основу для разработки психокоррекционных мероприятий. Указывается, что лишь немногие исследования посвящены изучению психики ревматологических больных и практически отсутствуют работы интегративного характера, дающие возможность использовать накопленные теоретические знания в лечении и реабилитации пациентов [3].

Данная проблема занимает центральное ме-

сто в феномене «внутренней картины болезни» (ВКБ). Длительно протекающее заболевание способно приводить к различным перестройкам ВКБ, связанным не только с особенностями течения болезни, но и со сложными процессами адаптации и дезадаптации. Наличие неадекватной ВКБ опосредованно отрицательно влияет на течение и исход заболевания, а также способствует деструктивному изменению личности больного, развитию внутренних конфликтов, невротических реакций, которые усугубляют клиническую картину органического страдания, его течение, длительность и, как правило, определяют резистентность к проводимой терапии.

Все отмеченное обусловило необходимость проведения исследования, целью которого явилось установление клинко-психопатологических и психологических особенностей больных с ревматоидным артритом (РА), как необходимого подхода к разработке дифференцированной психокоррекции.

Основные задачи включали изучение психопатологических нарушений на симптоматическом уровне с учетом степени их выраженности, а также синдромального анализа выявленной патологии и выявление патопсихологических особенностей.

Материалы и методы исследования

Комплексное клинко-психологическое исследование проводилось на базе ревматологического отделения городской клинической больницы №28 и 8-й городской поликлиники г. Харькова. Под наблюдением находилось 48 больных ревматоидным артритом. Средний возраст обследованных составлял $43,67 \pm 1,32$, среди них – 30 женщин и 18 мужчин, что составляло 62,5% и 37,5% соответственно.

Клинко-психопатологическое изучение больных проводилось по общепринятой в Ук-

раине методике обследования больного с подробным исследованием анамнеза заболевания и жизни, раскрываемого посредством стандартизированного интервью с больным; характеристики семейного и личного анамнеза фиксировались при помощи опросников. Изучение анамнеза проводилось как со слов больного, так и в процессе клинического наблюдения в динамике. Особое значение уделялось макро- и микросоциальным факторам, изучались психотравмирующие влияния с определением их ха-

рактера, значимости для личности больного. Важным было исследование межличностных отношений обследуемых, конфликтности во взаимоотношениях; психологическая оценка проводилась с учетом отношения пациента к собственному недугу («внутренняя картина болезни»).

Оценка выраженности клинических симпто-

мов проводилась по 4-бальной шкале: 0 – отсутствие симптома; 1 – слабая выраженность симптома; 2 – умеренная выраженность симптома; 3 – сильно выраженный симптом.

Полученные результаты были подвергнуты математическому анализу с использованием методов параметрической и непараметрической статистики [4].

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе основных социально-демографических характеристик больных с РА выявлено, что в браке состояло 45,8% пациентов; средний возраст к началу болезни составлял $32,5 \pm 1,50$ лет. Практически все больные были инвалидизированы: III группу имели 13 человек (27,1%); II группу - 20 человек (41,7%); I группу - 13 человек (27,1%); не имели группы инвалидности 2 человека (4,2%). Частота и степень утраты трудоспособности у больных, страдающих ревматоидным артритом, представлены на рисунке.

Анализ данных проведенного исследования показал, что у обследованных больных отмеча-

ется значительное разнообразие симптомов психических расстройств и патопсихологических нарушений. В соответствии с полученными результатами, наиболее часто встречались такие симптомы эмоционально-аффективных расстройств как тревожные опасения, плохие предчувствия (64,6%), подавленность (64,6%), пониженное настроение (60,4%), пессимистичность (54,2%); а также тревога, неограниченная определенными обстоятельствами (54,2%), эмоциональная несдержанность (50,0%), беспокойство (47,9%), чувство неспособности справиться с ситуацией (43,8%), невозможность расслабиться (45,8%), приступы злости, агрессии (33,3%).

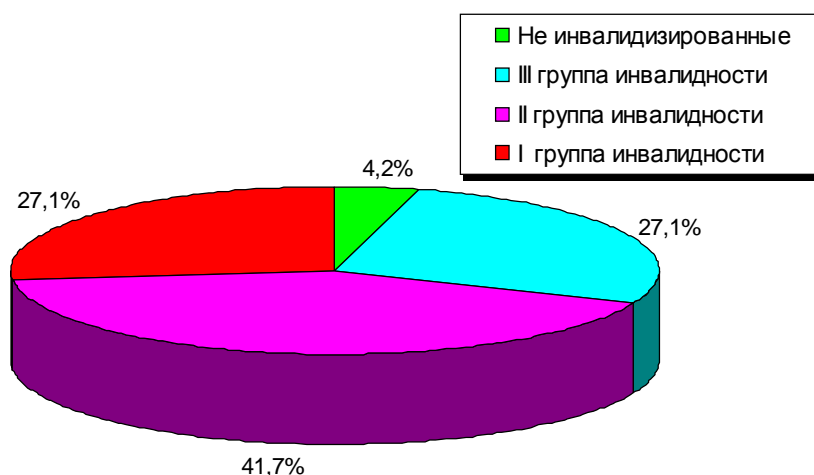


Рис. 1. Частота и степень утраты трудоспособности у больных, страдающих ревматоидным артритом

Реже у пациентов выявлялись хроническое чувство угрозы (22,9%), опустошенность (18,8%); повторные приступы паники, тревоги (16,7%), враждебность (10,4%), отсутствие учета социальных последствий (10,4%). Значительно реже регистрировались подозрительность, идеи вины, самоуничтожения, эйфория (6,3%); панические атаки (4,2%); страх смерти, сумасшествия; тревога, обусловленная определенными ситуациями, имела место в единичных случаях (2,1%).

Наряду с этим, большинство пациентов отмечали психическую и физическую утомляемость (52,1%), нарушения сна (52,1%), половина пациентов отмечали снижение повседневной продуктивности (50,0%). Кроме того, у больных часто выявлялись симптомы истощаемости (41,7%), снижение концентрации внимания (33,3%), суетливость (22,9%), трудности обучения (18,8%), ухудшение памяти (16,7%). Отмечались также ригидность, вязкость мышления (29,2%), ипохондрические переживания (43,8%),

в единичных случаях выявлялись отрывочные идеи отношения, преследования (6,3%).

В поведении больных частыми были установки на шадящий режим (47,9%), демонстративность (41,7%), симптомы «зависимости» (41,7%); несколько реже выявлялось патологическое отрицание болезни (25,0%), требовательное отношение к окружающим (22,9%), ощущение социальной отгороженности (22,9%). Ангедония, утрата интересов, суицидальные переживания выявлялись у четверти больных и занимали важное место в клинической картине психического состояния (25,0%).

У обследованных пациентов определялись вегетативные симптомы (39,6%), неприятные физические ощущения (22,9%), пониженный аппетит (22,9%), реже - тремор (12,5%). Связь появления данных симптомов с психогенными ситуациями отмечали 27,1% больных.

Склонность к обостренному самонаблюдению отмечалась у 27,1% пациентов с РА; симптомы, при отсутствии подтвержденного недуга, регистрировались у 18,8% больных, а именно – кардиоваскулярные в 16,7% случаев, гастроинтестинальные - у 10,4% обследованных, симптомы поражения мочеполовой системы отмечались в единичных случаях (2,1%). 20,8% больных старались избегать ситуации, вызывающие тревогу; у 14,6% пациентов отмечалась тревога предвосхищения; 4,2% обследованных испытывали ощущение дурноты в определенных ситуациях.

Оценка степени выраженности нарушений показала, что наиболее выраженными симптомами у больных, страдающих ревматоидным артритом, были пессимистическое настроение ($1,70 \pm 0,24$); подавленность ($1,70 \pm 0,21$); пониженное настроение ($1,62 \pm 0,22$); тревожные опасения, плохие предчувствия, опасения за жизнь и здоровье близких ($1,60 \pm 0,21$); нарушения сна ($1,51 \pm 0,24$). Значимой являлась выраженность суицидальных мыслей и переживаний ($0,83 \pm 0,23$), изменений жизненного стереотипа ($1,43 \pm 0,25$); утраты интересов ($0,96 \pm 0,20$), тревоги, не обусловленной определенными ситуациями ($1,40 \pm 0,21$). Кроме того, выраженными были ангедония ($1,15 \pm 0,21$), беспокойство ($1,38 \pm 0,22$), истощаемость ($1,32 \pm 0,24$).

Наряду с этим, установлены существенно выраженные черты патологических развитий личности в виде эмоциональной несдержанности ($1,60 \pm 0,25$), приступов злобы, агрессии ($1,02 \pm 0,22$), установки на шадящий режим ($1,43 \pm 0,25$), демонстративного поведения боль-

ных ($1,43 \pm 0,25$) на фоне отсутствия учета социальных последствий (1,3%) и явно зависимого поведения ($1,19 \pm 0,23$).

Ипохондрические расстройства в группе проявлялись преимущественно в ощущении собственной физической неполноценности, степень выраженности которых была равна $0,15 (\pm 0,10)$, болезненной сосредоточенности внимания на своем здоровье, фиксации на имеющейся болезни, физическом недостатке. Больные проявляли утрированную заботу о своем здоровье, испытывали болезненный страх тяжелого соматического заболевания. Отправной точкой развития таких переживаний часто были незначительно выраженные неприятные ощущения в различных частях тела и обостренное внимание к обычным физиологическим ощущениям (сердцебиение, перистальтика кишечника) или легким функциональным нарушениям. Больные чрезмерно детализировали, подробно описывали свои жалобы, которые, как правило, не совпадали с клиническими проявлениями соответствующих расстройств и не подтверждались результатами объективных исследований.

Что касается других психологических особенностей, то у больных ревматоидным артритом отмечалась неустойчивая, неадекватно завышенная самооценка, высокий уровень притязаний. Кроме того, в той или иной степени характерными были такие особенности, как ущемленность, а поэтому обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявлялось в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида.

Характеристика личностных особенностей больных с ревматоидным артритом на отдаленных этапах болезни включала такие особенности, как терпимость и невзыскательность. Их терпеливая непритязательность находилась в противоречии с объективными данными о заболевании. Из личного и семейного анамнеза было известно, что часто в преморбиде пациенты характеризовались как тихие, малозаметные люди. Их отличала старательность и добросовестность. Больные ревматоидным артритом испытывали большие трудности в подавлении своих враждебно-агрессивных импульсов. Попытка разрешить эти импульсы протекала у них иначе и представляла собой комбинацию самоконтроля и «благотворительной» тирании над другими.

В результате проведенного исследования установлены характер и выраженность встречав-

шихся психопатологических расстройств. Клинический дифференциально-диагностический анализ данных психопатологического и психологического изучения различных состояний у больных показал, что имеющиеся нарушения укладываются в клинические картины опреде-

ленных расстройств. У обследованных больных выявлены органические психические расстройства, личностные расстройства, невротические нарушения. Частота и характер выявленных клинико-психопатологических синдромов представлены в таблице.

Таблица 1

Характер и частота психопатологических синдромов у больных с ревматоидным артритом

Синдромы	Частота синдромов у больных с РА (%)
Органическое астеническое расстройство F06.6	8,3
Легкое когнитивное органическое расстройство F06.7	4,2
Органическое расстройство личности F07.0	2,1
Агорафобия F40.0	2,1
Генерализованное тревожное расстройство F41.1	8,3
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2	8,3
Расстройство адаптации F43.2	6,3
Другие реакции на тяжелый стресс F43.8	14,6
Соматоформное расстройство F45	6,3
Неврастения F48.0	14,6
Хронический болевой личностный синдром F62.8	25,0

Как свидетельствуют представленные данные, в структуре органической психической патологии доминировали астенические расстройства; имели место также легкое когнитивное органическое расстройство и органическое расстройство личности. В группе невротических расстройств отмечались неврастения, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, а также расстройства адаптации, другие реакции на тяжелый стресс соматоформные расстройства. Личностные расстройства были представлены хроническим болевым личностным синдромом.

Таким образом, у больных в структуре выявленных психопатологических синдромов преобладающими были невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (60,5%); тогда как личностные нарушения в виде хронического болевого личностного синдрома определялись реже - у 25,0% пациентов, а невротизированные, когнитивные и личностные расстройства вследствие органической патологии имели место у 14,6% обследованных.

Дополнительное изучение психологических особенностей показало, что у всех больных была отмечена неустойчивость самооценки разной

степени выраженности с неадекватным её повышением, высокий уровень притязаний. В той или иной степени для всех больных были характерны обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей. Характерной была утрированная мужественность, истероидность, озлобленность. Наряду с этим, вне ситуации обследования преобладала мотивация избегания, отмечались более выраженные защитные формы поведения.

Целенаправленный анализ полученных данных свидетельствует о том, что клинико-психопатологические расстройства и психологические особенности у больных с ревматоидным артритом приводят к снижению социального функционирования, качества жизни, усугублению течения основного соматического заболевания, снижению адаптивных способностей организма.

Выводы. Выявленные на психопатологическом и патопсихологическом уровне нарушения у больных с ревматоидным артритом отличаются значительным разнообразием проявлений; это диктует необходимость проведения дифференцированного лечения и психокоррекционной работы с данными пациентами.

В.О. Щербань

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті наведені результати вивчення психопатологічної структури та психологічних особливостей хворих з ревматоїдним артритом. Виявлено домінування хронічного больового особистісного синдрому, неврастенії, реакцій на тяжкий стрес та порушення адаптації до тяжкого соматичного захворювання (нозогенні реакції), які суттєво впливають на соціальне функціонування та якість життя пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 13-17).

V.O. Scheban

RESULTS OF INVESTIGATION OF PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATIC ARTHRITIS

Kharkov medical academy postgraduate education

There are the results of investigation of the character and the structure of psychopathological and psychological disorders in patients with rheumatic arthritis in the article. It is revealed the domination of chronic painful personal syndrome, neurasthenia and reactions for the heavy stress and the disturbances of adaptation to the severe somatic illness (nozogenious reactions), which substantially influence the social functioning and the quality of the life of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 13-17).

Литература

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии урогенных и энтерогенных реактивных артритов (проект) // Научно-практическая ревматология. — 2003. — №3. — С. 82–83.
2. Бадокин В.В. Серонегативные спондилоартриты / В.В.Бадокин // Качество жизни. - 2003. - №3. - С. 21-25.
3. Ильин В. И., Похилько В. И. Сравнительный многомерный

- анализ личностных особенностей больных с разными формами гинекологической патологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1983. - Вып. 12. - С. 1836—1840.
4. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

Поступила в редакцию 16.03.2013

УДК 616.831-005:616.89-008.46:37

*О.А. Левада¹, И.Я. Пинчук²***ПРОТЕКТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ В КОНТЕКСТЕ ГИПОТЕЗЫ КОГНИТИВНОГО РЕЗЕРВА**

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»¹,
Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины²

Ключевые слова: субкортикальная сосудистая деменция, риск развития, уровень образования

Концепция когнитивного резерва (КР) относится к способности мозга сохранять нормальную работу без развития симптомов болезни, несмотря на наличие возрастных и патологических изменений в его веществе [6]. В контексте данной концепции, клинические проявления церебральных заболеваний начинаются с момента, когда лежащие в их основе патологические изменения начинают превышать ограничительные возможности КР [9]. КР касается как изменений мозговой структуры, так и модификаций процессов обработки информации [7]. Эффекты КР могут проявляться как через протекторные, так и через компенсаторные механизмы. По мнению У. Stern (2006) КР может реализовываться в двух формах: 1) невральная резерв, касающийся более эффективной работы существующих нейронных сетей и их способности более эффективно противостоять различным изменениям; 2) невральная компенсация, при которой альтернативные нейронные сети могут компенсировать возникающие патологические нарушения в пораженных сетях [12].

В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что умственная и физическая нагрузка в ранние возрастные периоды и на протяжении всей жизни может повышать КР и позволяет сохранять на более высоком уровне когнитивное функционирование у лиц пожилого и старческого возраста [9]. Особый интерес представляет факт наличия реципрокных отношений между образованием, профессиональным уровнем, способностью к чтению, IQ и риском развития деменций. Специальный систематический обзор 133 исследований (437477 пациентов) за период с 1980 по 2011 год [9] продемонстрировал, что

низкий уровень образования повышает риск заболеваемости деменциями. Высокий уровень образования оказывал протекторный эффект в отношении риска развития болезни Альцгеймера (БА) и сосудистой деменции (СД). Авторами было показано, что начало клинических проявлений БА и СД у лиц с более высоким уровнем образования происходит при большей выраженности поражения вещества головного мозга, что впоследствии приводит к более быстрому когнитивному и функциональному снижению.

Следует отметить, что во всех проанализированных авторами когортах пациентов с СД отдельно не выделялись ее клинические формы. В то же время известно, что отношения между КР и деменцией различны в зависимости от морфологической специфики дementирующего процесса [11]. В этой связи представляет особый интерес анализ уровня образования у пациентов с субкортикальной сосудистой деменцией (ССД), являющейся следствием микровазкулярного поражения лобно-подкорковых регионов головного мозга.

Учитывая приведенные аргументы, сформулированы задачи настоящего исследования: 1) установить, имеет ли уровень образования протективное значение в отношении когнитивного функционирования пациентов на этапах развития ССД 2) оценить, на какие клинические характеристики субкортикального сосудистого дефицита оказывает влияние уровень образования; 3) сравнить степень микровазкулярного поражения головного мозга по данным нейровизуализации у пациентов с начальными стадиями ССД при различном уровне образования.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 189 лиц пожилого и старческого возраста. 50 человек составили группу без когнитивных нарушений (БКН), 70 пациентов имели субкортикальные сосудистые легкие когнитивные нарушения (ССЛКН) и 69 больных – ССД. Для включения пациентов в группу ССД использовали клинико-визуализационные критерии Т. Erkinjuntti et al. (2000) [5]. Больные, по фенотипическим признакам соответствовавшие критериям ССД, но по выраженности нарушений не достигавшие степени деменции, включались в группу ССЛКН.

Протокол обследования включал следующие пункты. 1. Сбор демографических, социальных данных пациента, анамнестических сведений о его заболевании. 2. Определение количества лет обучения. 3. Нейропсихологическое обследование согласно протоколу А.Р. Лурия [3], дополненное международными шкалами оценки отдельных когнитивных функций и когнитивного функционирования в целом. 4. Неврологический осмотр согласно традиционному протоколу, дополненный оценкой тяжести лобной дисбазии [13]. 5. Оценку повседневного функционирования согласно Бристольской шкале активности в повседневной жизни (BADL) [4]. 6. МРТ или КТ головного мозга. Измеряли линейные и объемные показатели вещества мозга, желудочковой системы, субарахноидального пространства по [2], а также степень выраженности лейкоареоза

по F. Fazecas et al. (1993), с дополнениями О.С. Левина (1996) [1].

Статистическую обработку проводили с помощью пакетов прикладных программ “Statistica 6,0”. Предварительная оценка показала, что анализируемые величины были либо параметрическими, либо имели не нормальное распределение хотя бы в одной из сравниваемых групп (тест Шапиро-Вилка). Для их описания использовали медиану, нижний и верхний квартиль. Вероятность отличий между тремя группами наблюдения в этом случае оценивали с помощью непараметрического ANOVA Краскелла-Уолиса. Если характеристики групп достоверно отличались, применяли множественные сравнения. Для сравнения двух независимых групп наблюдения использовали тест Манна-Уитни. Для описания частотных данных использовали проценты, а отличия между группами оценивали с помощью хи-квадрат теста.

Для оценки влияния уровня образования на тяжесть клинических и параклинических показателей рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена (r_s), так как одна из переменных была ранговой. Отличия между группами и корреляционная зависимость считались достоверными при $P < 0,05$. Во всех случаях P были двусторонними.

Все включенные в обследование лица давали информированное согласие. Исследование было одобрено этической комиссией ГЗ «ЗМА-ПО МЗ Украины».

Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 представлены основные демографические и клинические показатели групп сравнения. Сравнимые группы не различались по возрасту. Количество женщин уменьшалось по мере нарастания тяжести когнитивных нарушений. По этому показателю лица БКН достоверно отличались от пациентов с ССД. Это соответствует мировым эпидемиологическим данным о преобладании СД у мужчин в возрастной когорте до 84 лет. Тяжесть когнитивного дефицита в целом (MMSE) и его специфических характеристик достоверно нарастала по мере формирования ССД. Выраженность ССД в преобладающем числе наблюдений была легкой (20 – 23 балла по MMSE), что соответствовало задачам исследования.

Показатель среднего количества лет обучения снижался по мере нарастания когнитивного дефицита. Наибольшее количество лет обучались

лица БКН. Большинство из обследованных этой группы закончили не только среднюю школу, но также имели средне-специальное, средне-техническое или высшее образование. Наименьшее количество лет учились пациенты с ССД. В этой группе преобладали люди со средним образованием, часто – с незаконченным средним. Больные с ССЛКН занимали промежуточную позицию. Следует отметить, что достоверные различия в показателях лет обучения имелись только между группой БКН и ССД.

Для определения клинических характеристик субкортикальных сосудистых нарушений, на которые мог оказывать защитное влияние уровень образования, проведен корреляционный анализ (табл. 2). Было показано, что количество лет обучения имеет умеренную позитивную корреляцию с общим баллом по шкале MMSE. Из специфических когнитивных показателей, ухудшающих-

ся на этапах развития ССД, наибольшему про-
 тективному эффекту уровня образования подвер-
 гались вербальная и категориальная скорость,
 тест рисования часов и активное отсроченное
 припоминание списка слов. В меньшей мере от
 количества лет обучения зависела сохранность

кинетического и регуляторного праксиса и уро-
 вень внимания. Кроме когнитивных показателей,
 больший уровень образования позитивно влиял
 на параметры ходьбы и равновесия (шкала Ти-
 нетти), а также на функционирование пациен-
 тов в повседневной жизни (шкала BADL).

Таблица 1

Некоторые демографические, анамнестические и клинические показатели в группах сравнения

Показатели	Группы сравнения			P
	БКН	ССЛКН	ССД	
Возраст, годы	73 (70-79)	76 (74-80)	75 (72-80)	P = 0,17*
Пол: % женщин	64,0	52,86	43,48	P ₁₋₂ = 0,22; P ₁₋₃ = 0,027; P ₂₋₃ = 0,27
Количество лет обучения, годы	13 (10-15)	11 (8-14)	10 (7-12)	P ₁₋₂ = 0,16; P ₁₋₃ = 0,0002; P ₂₋₃ = 0,07
MMSE, баллы (0-30)	29 (28-30)	26 (25-26)	22 (20-23)	P ₁₋₂ < 0,0001 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ < 0,00001
Внимание, табл. Шульце (среднее время на 1 табл.), сек	52,6 (52-55)	68 (59,4-79,6)	102 (75,6-135,4)	P ₁₋₂ = 0,002 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,005
TIME test: припоминание списка из 5 слов (0-5)	4 (3-4)	3 (1-4)	0 (0-1)	P ₁₋₂ = 0,025 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,002
Вербальная скорость, количество слов за 3 мин	27 (25-32)	17 (13-21)	11 (7-17)	P ₁₋₂ = 0,001 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,019
Категориальная скорость, количество слов за 1 мин	14 (11-15)	9 (6-10)	4,5 (3-7,5)	P ₁₋₂ = 0,003 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,019
Тяжесть кинетической апраксии, баллы (0-3)	0 (0-1)	2 (1-2)	2,5 (2-3)	P ₁₋₂ < 0,00001 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ < 0,0001
Тяжесть регуляторной апраксии, баллы (0-3)	0 (0-0)	2 (1-2)	2 (1,5-3)	P ₁₋₂ < 0,00001 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,01
Тест рисования часов, 1-я часть, баллы (0-10)	10 (10-10)	9 (8-9)	7 (6-8)	P ₁₋₂ = 0,003 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,006
Ходьба/равновесие по шкале Тинетти, баллы (0-28)	26,5 (26-27)	20 (14-22)	13,5 (10-17)	P ₁₋₂ < 0,00001 P ₁₋₃ < 0,00001 P ₂₋₃ = 0,003
BADL, баллы (0-60)	0 (0-0)	3 (1-5)	12 (10-16)	P ₁₋₂ < 0,00001 P ₁₋₃ < 0,000001 P ₂₋₃ < 0,00003

Примечание. 1. Данные представлены в виде медианы (верхний – нижний квартиль) или в процентах. 2. P: непараметрический ANOVA для множественных сравнений / хи-квадрат тест (1-2 – между группой БКН и ССЛКН, 1-3 – между группой БКН и ССД, 2-3 – между группой ССЛКН и ССД). 3. * – статистика Краскела-Уолиса.

Коэффициенты корреляции Спирмена для показателя длительности обучения и клинических показателей стадий формирования ССД

Клинические и визуализационные показатели	Длительность обучения, годы
MMSE, общий балл	0,33
Внимание по табл. Шульте, сек	-0,28
Вербальная скорость, количество слов	0,46
Категориальная скорость, кол-во слов	0,36
Выраженность кинетической апраксии, баллы	-0,20
Выраженность регуляторной апраксии, баллы	-0,20
Тест рисования часов, 1-я часть, баллы	0,32
Отсроченное припоминание списка слов (TIME test), количество слов	0,29
Общий балл ходьбы по шкале Тинетти	0,31
BADL, баллы	-0,25

Примечание: представлены только достоверные значения коэффициента корреляции ($P < 0,05$)

Следующим этапом анализа была проверка гипотезы о наличии сдерживающего влияния уровня образования на клиническую манифестацию микроваскулярного поражения в виде определенной тяжести когнитивного дефицита, достаточной для постановки диагноза ССД. Для этого больных с ССД разделили на две группы. Линией дихотомии было наличие незаконченного среднего образования. Первую группу (28 человек) составили больные с ССД, имевшие 7 и менее лет образования, вторую – пациенты, учившиеся 8 и более лет (41 человек). Табл. 3 убедительно показывает, что сравниваемые группы не различались по возрасту, общей тяжести когнитивного дефицита, выраженности специфических его характеристик и степени функциональ-

ных нарушений в повседневной жизни. В то же время, тяжесть микроваскулярного поражения вещества головного мозга, выраженная в виде общего рангового показателя лейкоареоза, была достоверно выше в группе больных имевших больший уровень образования. Таким образом, наше исследование продемонстрировало, что начало клинических проявлений ССД у лиц с более высоким показателем количества лет обучения происходит при большей выраженности поражения вещества головного мозга. Таким образом, у лиц с более высоким уровнем образования манифестация клинических проявлений ССД происходит позже, несмотря на наличие морфологических изменений в мозге, достаточных, чтобы вызвать данное заболевание.

Таблица 3

Сравнительный анализ степени микроваскулярного поражения головного мозга и клинических показателей у пациентов с ССД в зависимости от уровня образования

Показатели	Количество лет обучения		P
	7 и <	8 и >	
Ранговый показатель лейкоареоза по МРТ/КТ, общий балл	26 (22-34)	34 (26-38)	0,03
Возраст, годы	76 (73-81)	75 (71-80)	1,0
MMSE, баллы (0-30)	21 (20-22)	22 (21-23)	0,75
Внимание, табл. Шульте (среднее время на 1 табл.), сек	129,9 (95,2-150,7)	100 (75,6-116)	1,0
TIME test: припоминание списка из 5 слов (0-5)	1 (0-2)	0 (0-0)	0,68
Вербальная скорость, количество слов за 3 мин	7 (5-11)	11 (8-19)	0,44
Категориальная скорость, количество слов за 1 мин	4 (3-8)	5 (3-7)	0,69
Тяжесть кинетической апраксии, баллы (0-3)	2,5 (2-3)	2,75 (2-3)	0,41
Тяжесть регуляторной апраксии, баллы (0-3)	2 (1-3)	2 (2-3)	0,85
Тест рисования часов, 1-я часть, баллы (0-10)	7 (7-7,5)	7 (5-8)	1,0
Ходьба/равновесие по шкале Тинетти, баллы (0-28)	13 (10-18)	14 (11-17)	0,33
BADL, баллы (0-60)	13,5 (11,5-20)	12 (10-16)	1,0

Примечания. 1. Данные представлены в виде медианы (верхний – нижний квартиль). 2. P: по тесту Манна-Уитни.

Настоящее исследование убедительно показало, что уровень образования имеет протективное значение в отношении риска развития ССД в пожилом и старческом возрасте. Пациенты с ССД имеют достоверно меньший показатель среднего количества лет обучения по сравнению с лицами сопоставимого возраста БКН. Мета-анализ X. Meng, C. D'Arcy (2012) продемонстрировал, что более высокий уровень образования снижает распространенность и заболеваемость СД, не уточняя при каких формах заболевания [9]. Наши данные представляют достоверные доказательства того, что более высокий уровень образования, получаемый на ранних этапах жизни человека, сопряжен со снижением риска заболеваемости ССД, представляющую собой однородную специфическую когорту больных СД, связанную с микроваскулярным поражением вещества головного мозга. Полученные нами результаты показывают, что гипотеза КР распространяется на пациентов ССД.

Большее количество лет обучения оказывает преимущественное протективное влияние на общее когнитивное функционирование, а также на выраженность нарушений специфических когнитивных показателей, ухудшающихся на этапах развития ССД: вербальной и категориальной скорости, теста рисования часов и активного отсроченного припоминания вербальной информации. В конечном итоге это позитивно отражалось на повседневном функционировании пациентов с ССД. С позиций КР данный факт можно объяснить тем, что лица с более высоким уровнем образования имеют исходно более высокий уровень когнитивных функций [14] и выполнения нейропсихологических тестов [8, 10]. Специальных исследований, объясняющих данный феномен, нами выявлено не было. Y.C. Liao et al. (2005) указывают на то, что в мозге у пациентов с БА, имеющих более высокий уровень образования, формируется механизм облегченного использования альтернативных нейро-

нальных кругов для решения когнитивных задач [8]. Используя методы функциональной нейровизуализации, авторы не нашли доказательств того, что большее количество лет обучения влияет на увеличение синаптических связей пораженных мозговых регионов, ответственных за выполнение нарушенных когнитивных функций.

Наше исследование продемонстрировало, что начало клинических проявлений ССД у лиц с более высоким уровнем образования происходит при большей выраженности микроваскулярного поражения вещества головного мозга. Ранее подобная закономерность была продемонстрирована в отношении выраженности мозговой атрофии и распространенности амилоидного поражения мозга у пациентов с БА в нескольких клиничко-визуализационных и посмертных патологоанатомических исследованиях (см. мета-анализ [9]). Результаты такого рода при ССД получены впервые. Это позволяет сделать заключение о протективном значении образования и в отношении манифестации клинических проявлений субкортикальной микроваскулопатии на этапах развития ССД.

Выводы. 1. Лица с низким уровнем образования имеют повышенный риск развития ССД по сравнению с лицами с высоким уровнем образования. 2. Большой средний показатель количества лет обучения имеет протективное значение в отношении общего когнитивного функционирования и развития ряда специфических характеристик ССД (снижения вербальной и категориальной скорости, нарушения выполнения теста рисования часов и расстройств активного отсроченного припоминания вербальной информации), а также нарушения активности в повседневной жизни. 3. ССД у лиц с высоким уровнем образования (8 и более лет) развивается при более выраженном микроваскулярном поражении вещества мозга, нежели у лиц с низким уровнем образования (7 и менее лет). 4. Гипотеза КР распространяется на пациентов ССД.

ПРОТЕКТИВНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ОСВІТИ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ВИРАЖЕНОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ В КОНТЕКСТІ ГІПОТЕЗИ КОГНІТИВНОГО РЕЗЕРВУ

Запорізька медична академія післядипломної освіти, Інститут соціальної і судової психіатрії і
наркології

Оцінювали вплив рівня освіти на ризик розвитку субкортикальної судинної деменції (ССД), вираженість когнітивного дефіциту та окремих його характеристик на етапах розвитку ССД, ступінь мікрovasкулярного ураження мозку за даними нейровізуалізації при різному рівні освіти на різних стадіях ССД. Обстежили 50 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень, 70 пацієнтів з субкортикальними судинними легкими когнітивними порушеннями та 69 хворих з ССД. Особи з більш низьким рівнем освіти мали підвищений ризик розвитку ССД у порівнянні з особами, що мали високий освітній рівень. Більший середній показник кількості років навчання мав протективний вплив на загальне когнітивне функціонування та розвиток низки специфічних характеристик ССД (зниження вербальної та категоріальної швидкості, порушення тесту малювання годинника та розладів активного відкладеного пригадування вербальної інформації), а також на порушення активності у повсякденному житті. ССД у осіб з високим рівнем освіти (8 років та більше) розвивалась при більш виразному мікрovasкулярному ураженні мозкової речовини, ніж у осіб з низьким рівнем освіти (7 років та менше). (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 18-23).

О.А. Levada, I.Ya. Pinchuk

PROTECTIVE VALUE OF EDUCATION FOR SEVERITY OF COGNITIVE IMPAIRMENTS AT THE STAGES OF FORMATIONS OF THE SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA IN THE CONTEXT OF THE COGNITIVE RESERVE HYPOTHESIS

Zaporozhe medical academy postgraduate education, Ukrainian institute of social and forensic psychiatry
and addictology

We evaluated the influence of educational level to the risk of subcortical vascular dementia (SCVaD) occurrence, severity of cognitive deficit at the stages of SCVaD formation and the degree of micro vascular brain damage according to neurovisualization data in patients with different educational levels at early SCVaD stages. We examined 50 elderly persons without cognitive impairments, 70 patients with subcortical vascular mild cognitive impairment and 69 SCVaD patients. Persons with low education had increased risk of SCVaD comparing to persons with high education. Greater mean value of educational years had protective influence on total cognitive deficit severity and the severity of specific SCVaD syndromes (verbal and categorical fluency decline, clock drawing test disturbances, active verbal recalling) and activities of daily living disturbances. In persons with high level of education (8 years and >) SCVaD developed with more severe micro vascular brain damage than in persons with low educational level (7 years and <). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 18-23).

Литература

1. Левин О.С. Клинико-магнитнорезонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.11 «Нервные болезни». — М., 1996. — 24с.
2. Терновой С.К., Дамулин И.В. Количественная оценка компьютерно-томографических характеристик головного мозга при нейрогерiatricких заболеваниях. I // Мед. радиология. — 1991. — №7. — С. 21–26.
3. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с.
4. Bucks R.S., Ashworth D.L., Wilcock G.K., Siegfried K. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale // Age Ageing. — 1996. — Vol. 25, N 2. — P. 113–120.
5. Erkinjuntti T., Inzitari D., Pantoni L. et al. Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials // J. Neural. Transmission. — 2000. — Vol. 59(Suppl 1). — P. 23–30.
6. Fratiglioni L., Wang H.X. Brain reserve hypothesis in dementia // J. Alzheimers Dis. — 2007. — Vol. 12, N 1. — P. 11–22.
7. Katzman R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease // Neurology. — 1993. — Vol. 43, N 1. — P. 13–20.
8. Liao Y.C., Liu R.S., Teng E.L. et al. Cognitive reserve: a SPECT study of 132 Alzheimer's disease patients with an education range of 0-19 years // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. — 2005. — Vol. 20, N 1. — P. 8–14.
9. Meng X., D'Arcy C. Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses // PLoS One. — 2012. — Vol. 7, N 6. — e38268. doi: 10.1371/journal.pone.0038268.
10. Ott B.R., Heindel W.C., Papandonatos G.D. et al. A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease // Neurology. — 2008. — Vol. 70, N 14. — P. 1171–1178.
11. Roe C.M., Xiong C., Miller J.P., Morris J.C. Education and Alzheimer disease without dementia: support for the cognitive reserve hypothesis // Neurology. — 2007. — Vol. 68, N 3. — P. 223–228.
12. Stern Y. Cognitive reserve and Alzheimer disease // Alzheimer Dis. Assoc. Disord. — 2006. — Vol. 20, N 3 Suppl. 2. — S69–74.
13. Tinetti M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients // J. Am. Geriatr. Soc. — 1986. — Vol. 34. — P. 119–126.
14. Wilson R.S., Gilley D.W. et al. Person-specific paths of cognitive decline in Alzheimer's disease and their relation to age // Psychol. Aging. — 2000. — Vol. 15, N 1. — P. 18–28.

Поступила в редакцию 24.02.2013

УДК 616.89-008.442-084:613.89:613.885

*Р.Т. Габрель***ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ТА ЇХ ПАРТНЕРІВ В ГЕНЕЗІ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5

Ключові слова: ВІЛ, індивідуально-психологічні особливості, партнерська пара

З часу першого опису синдрому набутого імунodefіциту, який було здійснено у США у 1981 році, в світі спостерігається катастрофічне зростання захворюваності з подвоєнням кількості хворих кожні 6 місяців. На теперішній час випадки ВІЛ-інфекції зареєстровані в 140 країнах світу. Загальносвітова статистика показує, що кількість інфікованих ВІЛ становить 33 млн осіб, з них 30,8 млн дорослих та 2,0 млн дітей у віці до 15 років. За даними ВООЗ, у переліку десяти провідних причин смерті, ВІЛ/СНІД займає сьоме місце [1].

Нажаль, така тенденція спостерігається і в Україні, де станом на початок 2012 року зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфікування серед громадян України, у тому числі 46300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від СНІДу. У 2011 р. в Україні зареєстровано 21177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) – це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні [2].

Аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращення якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед, сімейної, взаємодії. Спроба аналізу індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих з точки зору їх впливу на можливість пригальмування патологічного процесу була здійснена у 2009 р. в Санкт-Петербурзі [3], однак, її кінцевим результатом не стала розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари, що до теперішнього часу на знайшло свого вирішення й впро-

вадження в клінічну практику. Таке становище значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членів їх родин.

Між тим, для успішного вирішення даної задачі необхідним є вивчення індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів з виділенням серед них факторів провокації або протекції щодо розвитку порушень життєдіяльності таких партнерських пар (ПП), без чого неможлива подальша розробка комплексних заходів, спрямованих на покращення якості життя ВІЛ-позитивних осіб і членів їх родин.

Отже, для досягнення даної мети протягом 2010 – 2012 рр. на базі Київського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5, нами було обстежено 105 ПП, в яких один із партнерів був ВІЛ-інфікованим, а саме: 70 гетеросексуальних партнерських пар, в 35 пар з яких інфікованим був чоловік (група 1), й 35 пар, де інфікованою виявилась жінка (група 2), та 35 гомосексуальних партнерських пар, де був ВІЛ-інфікованим один із партнерів (група 3).

Критеріями включення у дослідження були: 1) підтвержене інфікування у центрі СНІД (м. Київ) одного із партнерів; 2) давність партнерських відносин не менш року (спільне життя із сформованими сімейними ролями); 3) відсутність дітей; 4) відсутність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.

Комплексне обстеження включало в себе структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю та психодіагностичне дослідження, яке проводили з використанням методики визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда – Г. Шмішека та опитувальника Р. Кеттела 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF) [4]. Успішність життєдіяльності ПП та рівень її порушень визначали за допомогою опитувальни-

ка подружньої задоволеності А. Лазаруса [5], за результатами аналізу кількісних і якісних показників якого (сума балів та ступінь їх конгруентності у кожного з партнерів), робили висновок про наявність та рівень вираженості порушення життєдіяльності ПП.

На основі аналізу успішності життєдіяльності ПП (табл. 1), виявлено, що, серед загальної кількості гетеросексуальних ПП, у 48,6% ПП

групи 1 та 40% ПП групи 2, виявлений достатній рівень подружньої задоволеності, що було свідомством успішності їх життєдіяльності як союзу двох особистостей в рамках партнерського (сімейного) функціонування, не дивлячись на наявність такого психо- і сексотравмуючого фактора, як інфікування одного з партнерів ВІЛ. Серед гомосексуальних ПП, пар без порушення життєдіяльності не виявлено.

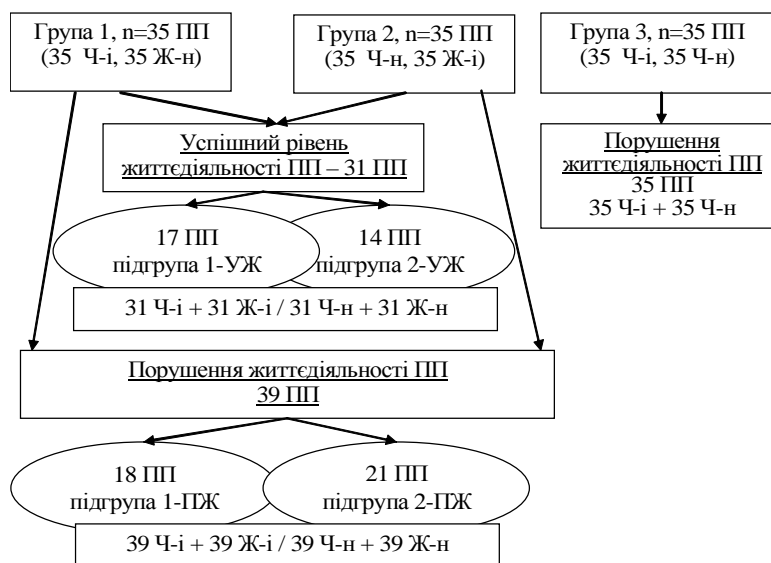
Таблиця 1

Розподіл обстежених ПП за станом їх життєдіяльності

Стан життєдіяльності ПП	Група 1 (n = 70)	Група 2 (n = 70)	Група 3 (n = 70)
Суцільне порушення (повна конгруентна незадоволеність), < 80 балів	14,3±3,5	20,0±4,0	42,9±4,9
Часткове порушення (часткова інконгруентна незадоволеність), 82 – 112 балів	37,1±4,8	40,0±4,9	57,1±4,9
Успішність (подружня задоволеність), 115 – 160 балів	48,6±5,0	40,0±4,9	–

Отже, результати, отримані в ході дослідження, співставлялися як між інфікованими та неінфікованими особами ПП усіх груп, так і між

подружжями за ознакою успішності / неуспішності життєдіяльності їх ПП. Розподіл обстежених на підгрупи представлено на рис. 1.



Примітка. Ч-і – інфіковані чоловіки, Ч-н – неінфіковані чоловіки, Ж-і – інфіковані жінки, Ж-н – неінфіковані жінки. УЖ – успішність життєдіяльності, ПЖ – порушення життєдіяльності.

Рис. 1. Розподіл обстежених на підгрупи дослідження в залежності від ВІЛ-інфікування та стану життєдіяльності ПП

У переважної більшості інфікованих чоловіків підгрупи 1-ПЖ (94,3%) і жінок підгрупи 2-ПЖ (88,6%), відзначався поєднаний тип акцентуації з домінуванням тривожної (відповідно 62,9% і 65,7%), дистимічної (74,3% і 54,3%), емотивної (по 57,1% відповідно) і застрягаючої (54,3% і 51,4%) акцентуаціями в різних комбінаціях. Наявність тривожного типу акцентуації

свідчила про боязкість, невпевненість в собі, постійне очікування небезпеки і відчуття пригніченості і втрати сенсу іноді аж до апатії, що характеризувало особистісну дезадаптацію. Брак або втрата ресурсу, песимістична налаштованість і ставлення до життєвих проблем, характерне для дистимії, посилювалися при високому рівні тривожності, що призводило до страху

з приводу втрати контролю над життєвими подіями і виражалося у відчутті безпорадності перед труднощами. Переважання емотивного типу акцентуації було свідомством переважання жалісливості, м'якосердності, нездатності до стресопору з відчуженням гострої пригніченості під впливом психотравмуючої ситуацій. Проблеми, пов'язані з міжособистісними відносинами, у таких осіб мали для них першочергове значення, що в поєднанні з дистимічними і тривожними рисами призводило до занепокоєння і страху за себе, своїх близьких і почуттю провини перед ними. Найявністю застрягаючої акцентуації обумовлювало образливість, вразливість та підозрілість обстежених. Поєднання дистимічного і застрягаючого типів акцентуацій призводило до дезадаптивної поведінки, яка супроводжувалась страхом не впоратися з вимогами, що пред'являє факт інфікування ВІЛ. Сполучення застрягання та емотивної акцентуації обумовлювало поглиненість людини власними переживаннями, ідеалізацію і залежність від партнера, при

цьому агресія і вина за порушені подружні відносини покладалась як на себе, так і на супутника, який виявився негідним тих почуттів, які по відношенню до нього відчували, оскільки йому закидалося відсутність здатності або бажання надати інфікованому достатню емоційну підтримку. Ригідність, стереотипність поведінки, реалізація деструктивного сценарію були характерні для осіб з застрягаючим типом акцентуації, поєднаним з високою тривожністю.

Усереднений профіль акцентуацій гетеросексуальних інфікованих чоловіків і жінок з порушення життєдіяльності ПП (рис. 2), свідчив про поєднання високих значень тривожної, дистимічної, емотивної і застрягаючої акцентуацій. Таким чином, у даних осіб відзначалась особистісна дезадаптація, яка виявлялася в постійному очікуванні небезпеки, втрати ресурсу, відчутті безпорадності, страху з приводу втрати контролю над подіями, боязкості, невпевненості в собі, песимістичній налаштованості і відчутті пригніченості.

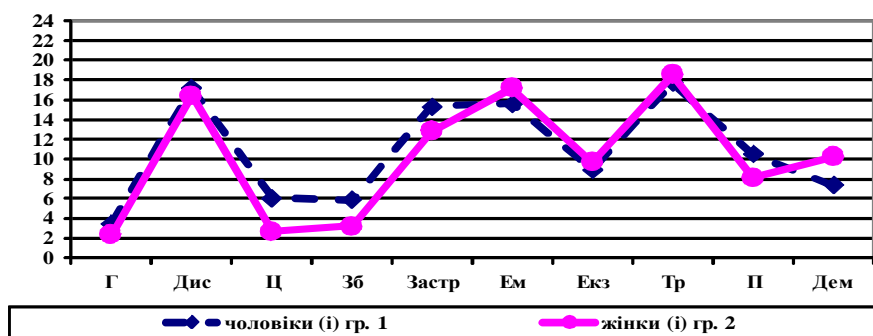


Рис. 2. Усереднений профіль акцентуацій у інфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

У неінфікованих подружжів підгруп 1-ПЖ і 2-ПЖ спостерігався значно інший варіант усередненого профілю акцентуацій (рис. 3). У 71,4% чоловіків і 68,6% жінок профіль носив поєднаний характер з високими значеннями застрягаючого (57,1% чоловіків і 54,3% жінок) і збудливого (відповідно, 60% і 51,4%) типів на

тлі низьких значень емотивного (відповідно 42,9% і 37,1%), демонстративного (відповідно 28,6% і 34,3%) і екзальтованого (відповідно 37,1% і 37,1%) типів акцентуацій. У решти відзначалися ізольовані акцентуації, а саме, збудлива у 17,1% чоловіків і 14,3% жінок, застрягаюча у 14,3% чоловіків і 20% жінок.

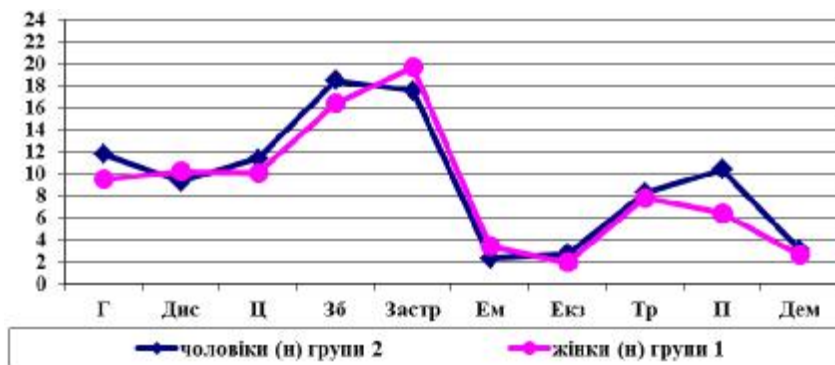


Рис. 3. Усереднений профіль акцентуацій у партнерів інфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

Поєднання збудливості і застрягання в профілі акцентуацій свідчило про ригідність рольової позиції, ослаблення контролю, внутрішню напругу та стан гострого занепокоєння, обумовленого тим, що людина відчуває свою нездатність впоратися з ситуацією в значущій для неї сфері. Поєднання в профілі високої збудливості і низької емотивності підкреслювало зовнішню активність на тлі зниження рефлексії, порушення контакту з власними переживаннями. На ослаблення навичок саморегуляції і здібності до коригування власної поведінки на підставі реакції оточуючих вказувало поєднання високої збудливості і низької демонстративності. У взаєминах з іншими людьми проявлялося небажання дбати про оточуючих, зневага до їхніх потреб і роздратування. При поєднанні застрягання з низькою емотивністю спостерігалася слабка здатність до рефлексії в області ригідних установок, агресивне заперечення наявних проблем у сфері міжособистісних відносин. Поєднання застрягання і низькою демонстративністю свідчило про те, що людину не цікавить думка про неї інших людей. При низьких значеннях емотивності і екзальтованості в поведінці відбивалася дистанційованість, відчуженість, відсутність навичок адекватного соціально-

прийнятного вираження негативних переживань, схильність до маніпуляції, нещирість у стосунках.

Таким чином, для подружжів гетеросексуальних інфікованих чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП виявилось характерними ригідність рольової поведінки, дистанційованість, холодність у взаєминах, недостатній контроль над своєю поведінкою, ігнорування очікувань оточуючих, відсутність навичок адекватного соціально-прийнятного вираження негативних переживань і високий ступінь витіснення проблем у міжособистісних стосунках.

Побудова усередненого профілю акцентуацій у гомосексуальних партнерів інфікованих чоловіків групи 3 показала схожість його конфігурації з варіантом профілю подружжів підгруп 1-ПЖ і 2-ПЖ, за винятком високих показників циклотимії (достовірність відмінностей $p < 0,01$) (рис. 4). Так, у 57,1% чоловіків було виявлено поєднання циклотимної і збудливої акцентуації на тлі низьких значень емотивності і демонстративності, у 34,4% чоловіків циклотимія поєднувалася з застряганням при низьких показниках екзальтованості і емотивності, у 11,4% чоловіків був виявлений застрягаючий тип акцентуації.

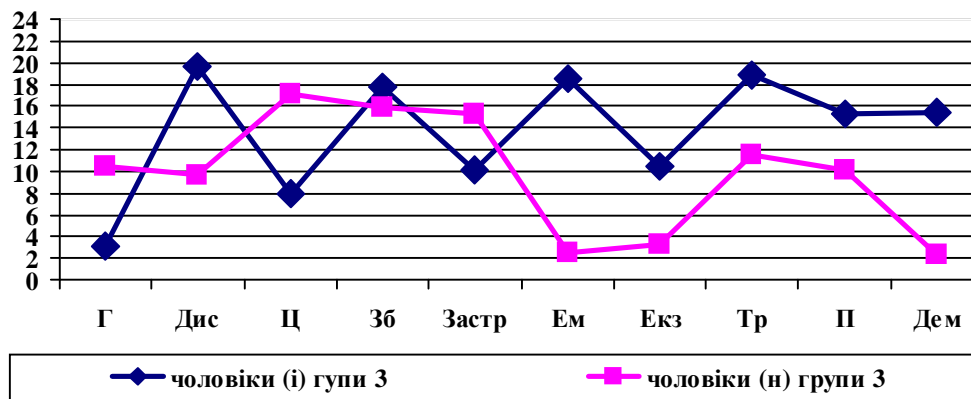


Рис. 4. Усереднений профіль акцентуацій у гомосексуальних чоловіків.

Даний тип профілю відрізняють високі показники циклотимності, якій притаманна зміна гіпертимічних і дистимічних станів: радісні події супроводжувалися у них загальною картиною підвищеного настрою, сумні – викликали пригніченість і сповільненість реакцій. На поведінковому рівні ця акцентуація проявлялася нестійкістю і рухливістю поведінкових патернів, а на емоційному рівні відзначалася висока залежність від зовнішніх подій, чутливість і вразливість в емоційній сфері. Домінування даної акцентуації у обстежених вказувало на наявність кризової ситуації або на постійні мікрокризи, що

супроводжували їхнє життя або були провоковані ними ж. Поєднання циклотимності і застрягання призводило до ригідної рольової поведінки, яка проявлялася у зовнішній активності, метушливості. Висока циклотимність при зниженні емотивності характеризувала стан деякої дезорієнтації, витіснення травматичних переживань, коли людина легко піддавалася впливу і переконанню, не прагнула відстоювати свою точку зору, з іншого боку, у взаєминах з іншими людьми проявляла дистанційованість, холодність, відчуженість і зневажливе ставлення. Поєднання циклотимності і низьких значень

екзальтованості вказувало на наявність у поведінці недостатності контролю, навіженої примхливості, різкості. Висока циклотимність при низькій демонстративності виражалася в порушенні різних зобов'язань у взаєминах з іншими людьми, ігноруванні очікувань, які пов'язують із ними оточуючі.

Таким чином, при інтерпретації усередненого профілю акцентуацій неінфікованих партнерів гомосексуальних чоловіків групи 3 на перший план виступили такі риси, як ригідна рольова поведінка, відчуженість, примхливість, агресивність, наявність у поведінці недостатності контролю.

Результати дослідження профілю акцентуацій інфікованих гомосексуальних чоловіків групи 3 показали, що у 54,3% з них були виявлені сполучені тип акцентуацій з превалюванням дистимічного і збудливого типів, що свідчило про переживання гострого емоційного неблагополуччя, гострої чутливості до образам і несправедливому до себе відношенню. У 42,9% чоловіків зазначалося поєднання високих значень демонстративного, дистимічного і педантичного типів на тлі низьких значень гіпертимного типу акцентуації, що вказувало на наявність деструктивної рольової поведінки з підкресленням неблагополуччя свого стану. У 2,8% чоловіків було виявлено домінування педантичного і демонстративного типу акцентуації при низьких значеннях емотивної акцентуації. У усередненому графіку інфікованих чоловіків групи 3 (рис. 4) на перший план виступали висока виразність дистимічної, збудливої, демонстративної і педантичної акцентуацій, а в зону мінімальних значень потрапили гіпертимна акцентуація.

Таким чином, інфіковані ВІЛ гомосексуальні чоловіки характеризувалися зниженим фоном настрою, фіксацією на похмурих, сумних сторонах життя, що відзначалося при дистимічній акцентуації. Вони відчували стан виснаженості, брак ресурсу, щоб впоратися з ситуацією самотійно. Характерною для них була зовні виражена і сильна реакція на події, які відбувалися в їх житті, що властиво при підвищенні збудливості. У міжособистісних відносинах вони поводитися імпульсивно, не проявляли терпимості і не шукали можливості примирення. При поєднанні дистимної акцентуації із збудливістю, проявлялися ранимість, уразливість, зайва дратівливість і примхливість, гостра чутливість до негативних стимулів, при цьому переживання внутрішнього неблагополуччя супроводжувалося відчуттям травматичності зовнішніх впливів.

Поєднання дистимної з педантичною акцентуаціями вказувало на наявність суб'єктивно-неблагополучної ситуації, прагнення проконтролювати проблему, пов'язану з взаємовідносинами, в яких присутня відповідальність за іншу людину. Одночасно високі значення збудливою і педантичною акцентуацій свідчили про уразливість, чутливості людини до негативних подій або впливів, які виступають в ролі постійного стресора, йому непідвласного. Характерна для пацієнтів демонстративність виявлялася в підвищеній здатності до витіснення, виразністю маніпулятивної поведінки, що в поєднанні з дистимією вказувало на наявність деструктивного рольової поведінки і підкреслення неблагополуччя свого стану за типом «подивіться, як мені погано». Тобто, людина суб'єктивно відчувала неблагополуччя, була здатна рефлексувати його причини, але не мала ресурсів на зміну ситуації. Поєднання високих показників збудливості, педантичності і демонстративності характеризувало прагнення справити на оточуючих сприятливе враження, підкресливши власну значущість, відповідальність. В той час, низькі значення гіпертимності відповідали паттерну поведінки, в якому демонструвалася вичерпаність власних ресурсів і потреба в ресурсах оточуючих, що вказувало на маніпулятивність рольової поведінки. При цьому тло настрою було знижений до стану гострої жалості до себе, відчуття власного безсилля перед ситуацією, що склалася, і власної знедоленості, непотрібності. Обстежені представляли себе жертвою обставин або відносин, на поведінковому рівні могли проявлятися агресивність і роздратування, спрямовані на близьких людей.

Отже, інфіковані ВІЛ гомосексуальні чоловіки характеризувалися ранимістю, вразливістю, зайвою дратівливістю, імпульсивністю, переживанням травматичності зовнішніх впливів і відчуттям власного безсилля перед ситуацією, що склалася, деструктивною рольовою поведінкою на тлі зниженого настрою і стану виснаженості.

У 48,6% інфікованих чоловіків і 51,4% жінок підгруп 1-УЖ і 2-УЖ (осіб, які мали успішні подружні стосунки), було виявлено поєднання високих показників емотивного типу акцентуації і низьких значень збудливості і застрягання. У 28,6% чоловіків і 34,3% жінок цих підгруп домінували екзальтованість, емотивність на тлі низьких показників застрягання і тривожності, у 8,6% чоловіків було виявлено гіпертимний тип акцентуації. Явних акцентуацій не виявлено у

17,1% чоловіків і 14,3% жінок.

Висока емотивність, притаманна більшості обстежених цих підгруп, вказувала на м'якість, емпатичність до іншої людини, глибокий інтерес і прихильність, орієнтацію більшою мірою на взаємодію, ніж на досягнення успіху, їх система цінностей і пріоритетів відрізнялася значною стійкістю, постійністю. У міжособистісних відносинах вони виявляли прагнення до встановлення довірчих відносин. При поєднанні низьких значень застрягання з високою емотивністю відзначалася лабільність сфери почуттів, адекватність форм вираження власних бажань, намірів. Таке поєднання свідчило про наявність у обстежених інтересу та можливостей до побудови довірчих, теплих міжособистісних подружніх відносин. Поєднання екзальтованого типу акцентуації і низьких показників застрягання

вказувало на щирість і безпосередність людини, її «розчинення» у світі, відкритість новому досвіду. Високі показники емотивності і екзальтованості посилювали позитивні аспекти один одного, що виражалося у щирості відчуттів, зацікавленості в іншій людині. Висока емотивність при низькій тривожності вказували на сприйняття людиною ситуації такою, як вона є.

Усереднений профіль акцентуацій гетеросексуальних чоловіків і жінок з успішними подружніми відносинами (рис. 5) свідчив про домінування емотивного і екзальтованого типів акцентуацій на тлі низьких показників збудливої, застрягаючої і тривожної акцентуацій. Таким чином, їх основними рисами виявилися здатність до емпатії, прагнення до встановлення довірчих відносин, адекватність форм вираження власних бажань і намірів.

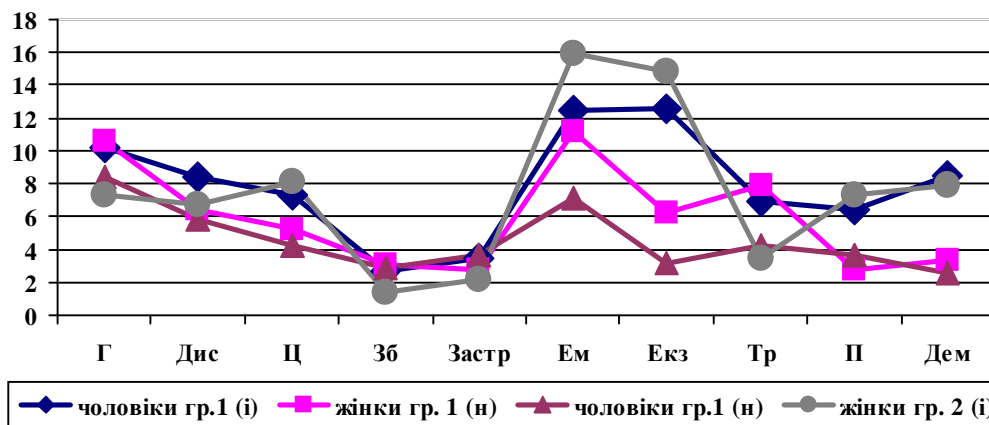


Рис. 5. Усереднений профіль акцентуацій у гетеросексуальних чоловіків і жінок без порушень життєдіяльності ІІІ.

Результати дослідження особистісних особливостей ВІІ-інфікованих чоловіків і жінок підгруп 1-ПЖ та 2-ПЖ відображали достовірне ($p < 0,05$) підвищення показників за факторами I, L, Q, Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників за факторами A, F, G, і Q1. Пацієнти відрізнялися замкнутістю (A-), обережністю (F-), низькою нормативністю поведінки (G-), м'якосердя (I+), підозрілістю (L+), схильністю до почуття провини (O+), консерватизмом (Q1-), внутрішньою напруженістю (Q4+).

Цим особам були властиві замкнутість, скептичність, негнучкість у відносинах з людьми, схильність до усамітнення, концентрованість на власних думках і почуттях, відособленість від оточуючих (фактор A-). Вони жили в постійному неспокої про своє майбутнє, були схильні до песимізму, постійно очікували виникнення якихось негараздів, по-

стійно прислухались до себе та прагнули тримати все під своїм контролем.

По відношенню до оточуючих, особливо близьких, проявляли м'якість, але і від них чекали уваги, допомоги і співчуття. Часто вони діяли інтуїтивно і імпульсивно, тому на них не можна було покластися, до того ж, їм властива стурбованість станом свого здоров'я (I+). Високі значення фактора L свідчили про підозрілість, задрісність. Вони були високої думки про себе, проявляли зацікавленість виключно на своїх інтересах, а від близьких вимагали нести відповідальність за допущені помилки. Їх турбувало почуття провини, вони були сповнені страху, тривоги і поганих передчуттів, демонстрували емоційну лабільність, легку стомлюваність, підвищену чутливість до реакцій оточуючих (O+). Вони підозріло ставилися до того, що не відповідало їх поглядам на якісь речі, з сумні-

вом ставилися до всього нового (Q1-). Стан фрустрації, в якому вони знаходилися, був результатом активного незадоволення прагнень та характеризувався напруженістю, збудженістю, розд-

ратуванням і занепокоєнням (Q4+).

Усереднені профілі обстежених інфікованих чоловіків і жінок підгруп 1-ПЖ та 2-ПЖ представлені на рис. 6.

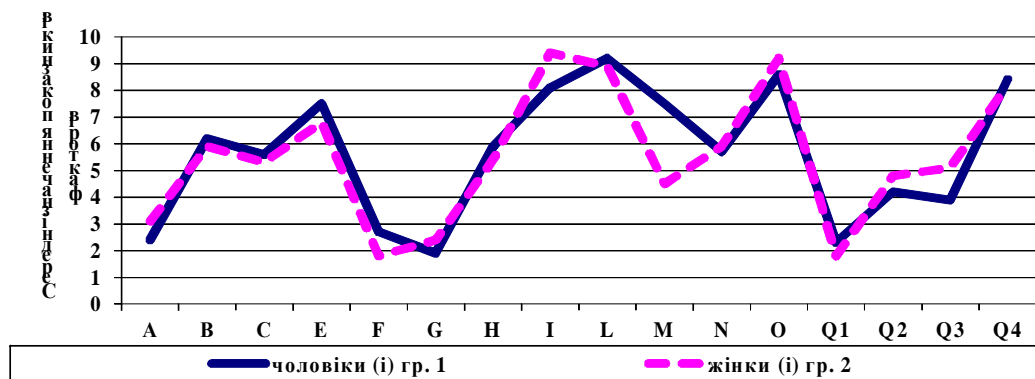


Рис. 6. Усереднені особистісні профілі ВІЛ-інфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

Таким чином, найбільш характерними особистісними особливостями ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП виявилися замкнутість, негнучкість у відносинах з людьми (фактор А-), обережність, поглиблення в себе, постійне очікування виникнення якихось нещастя (фактор F-), незгода із загальноприйнятими моральними нормами і стандартами поведінки, (фактор G-), очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+), підозрливість (фактор L+), пригніченість, чутливість до реакцій оточуючих (O+), консерватизм, схильність до моралізації (Q1-), напруженість, збудженість, дратівливість (фактор Q4+).

Характеристика особистісного профілю неінфікованих чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП, відображала достовірне ($p < 0,05$) підвищення показників факторів L і Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників факторів C, G, I, O і Q3. Характерними особистісними особливостями партнерів інфікованих осіб підгруп 1-ПЖ (Ж-н) і 2-ПЖ (Ч-н) були схильність до лабільності настрою (C-), безпринципність (G-), твердість (I-), підозрливість (L+), самовпевненість (O-), нестача самоконтролю (Q3-), внутрішня напруженість (Q4+).

Аналіз досліджених показників виявив, що для обстежених були характерні часта зміна настрою, емоційна нестійкість, імпульсивність, низька толерантність по відношенню до фрустрації. Вони перебували під впливом почуттів, легко засмучувались, були запальними, дратівливими, прагнули ухилятися від вирішення не-

приємних питань, не хотіли брати на себе відповідальність за вирішення проблематичних ситуацій (C-). Характерними для них були неорганізованість, безпринципність, безвідповідальність, імпульсивність, потурливість тільки своїм бажанням, схильність до впливу випадку та обставин, ігнорування обов'язків. У оточуючих вони викликали недовіру, оскільки не докладали зусиль з виконання подружніх норм, жорсткими, суворими, проявляли черствість по відношенню до своїх близьких (G-).

Ці особи виявились несентиментальними і самовпевненими (I-). Вони були високої думки про себе, егоїстичні, заздрісні, проявляли настороженість і недовірливість по відношенню до людей, їх інтереси були звернені тільки на самих себе. До того ж, вони прагнули покласти відповідальність за власні помилки на оточуючих. Обачні у діях, вони мало піклувалися про інших людей, були уперті і незалежні в соціальній поведінці (L+). Низькі значення чинника O свідчили про безпечність, самовпевненість, відсутності каяття і почуття провини, впертість, нечутливість до думки оточуючих. Їм були притаманні недостатній самоконтроль, внутрішня конфліктність, недисциплінованість, спонтанність у поведінці, підпорядкованість своїм пристрастям (фактор Q3-). Напруженість і фрустрованість проявлялися при високих значеннях фактора Q4, при цьому було характерно стан активного незадоволення прагнень, напруженість, неспокій, дратівливість.

Таким чином, при дослідженні особистісних особливостей партнерів ВІЛ-інфікованих чо-

ловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП, на перший план виступали емоційна нестійкість, імпульсивність (фактор С-), неорганізованість, безвідповідальність, незгода із загальноприйнятими моральними правилами і стандартами поведінки (фактор G-), жорсткість, черствість по відношенню до своїх близьких (фактор I-), настороженість і недовірливість по

відношенню до людей (фактор L+), самовпевненість, холоднокровність, нечутливість до думки оточуючих (фактор O-), внутрішня конфліктність, недостатній самоконтроль (фактор Q3-), напруженість (фактор Q4+). Усереднені особистісні профілі неінфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП представлені на рис. 7.

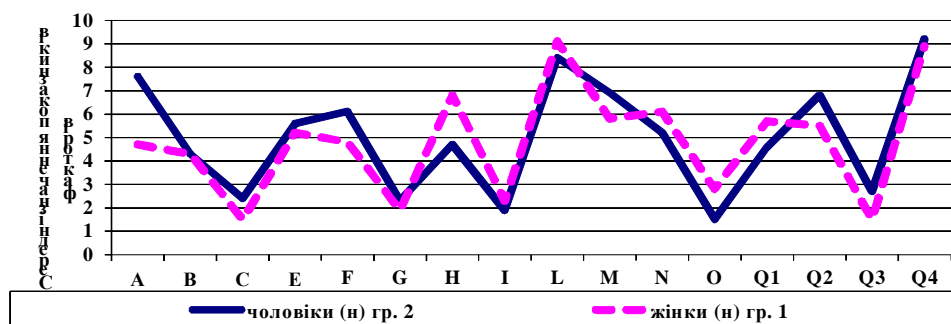


Рис. 7. Усереднені особистісні профілі неінфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

Порівняльний аналіз особистісних особливостей чоловіків і дружин ВІЛ-інфікованих осіб підгруп 1-ПЖ і 2-ПЖ показав їх достовірну подібність ($p < 0,05$) за такими факторами як безвідповідальність, імпульсивність, відсутність згоди з загальноприйнятими моральними правилами і стандартами поведінки (фактор G-), підозрілість, недовірливість по відношенню до людей (фактор L+), фрустрованість (фактор Q4+), а також достовірне розходження за факторами чуттєвість, сентиментальність – суворість, жорсткість (фактор I), схильність до почуття провини – самовпевненість, нечутливість до думки оточуючих (фактор O). Найвність виявлених особистісних особливостей, а також внутрішньої конфліктності (фактор Q3-) хоча б у одного з подружжя, на нашу думку, сприяло порушенню життєдіяльності ПП. Виразність в особистісному профілі інфікованих чоловіків і жінок таких особливостей як замкнутість (фактор A-), песимізм, заглибленість у себе, прагнення тримати все під своїм контролем (фактор F-), зайва сентиментальність, очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+), тривожність, схильність до почуття провини (фактор O+), консерватизм, заперечення необхідності змін (фактор Q1-), приводила до неадекватного реагування на наявну психотравмуючу ситуації та сприяла порушенню життєдіяльності ПП.

Аналіз особистісних характеристик неінфікованих чоловіків групи 3 (рис. 8) виявив статис-

тично достовірне ($p < 0,05$) підвищення у них показників за факторами E, L і Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників за факторами C, G, I і Q3. Характерними особистісними особливостями обстежених були емоційна нестійкість (C-), домінантність (E+), низька нормативність поведінки (G-), жорсткість (I-), підозрілість (L+), недисциплінованість (Q3-), фрустрованість (Q4+).

Їм була характерна емоційна нестійкість, яка проявлялася у непевності, нетерплячості, дратівливості, тривожності. Вони легко втрачали самовладання, ухилялися від відповідальності, прагнули уникати проблемних ситуацій (фактор C-). Для них були характерні домінування і владність, самовпевненість і напористість у відстоюванні своєї думки. Вони були вперті до агресивності, незалежні в судженнях і поведінці, свою думку вважали єдино правильною. У конфліктних ситуаціях звинувачували інших, допускали грубість і ворожість по відношенню до оточуючих (фактор E+). Характерною їх особливістю була незгода з загальноприйнятими нормами та стандартами поведінки. Навколишні ставилися до них з недовірою, оскільки вони були ненадійні, непостійні, часто ігнорували свої обов'язки, рахуючись тільки зі своїми бажаннями, мали схильність пред'являти претензії оточуючим (фактор G-). По відношенню до оточуючих демонстрували суворість та жорсткість, по відношенню до своїх близьких проявляли черствість. Обстежені виявились самовпевнени-

ми, зайво раціональними (фактор I-). Високі значення фактора L свідчили про їх підозрілість, заздрісність, ревнивість, зайву вимогливість до оточуючих. Вони були погано контрольовані, слідували тільки своїм спонуканням, проявляючи при цьому недбалість, невміння рахуватися з суспільними нормами. Їм була властива внутрішня конфліктність уявлень про себе (фактор Q3-). Незадоволення прагнень і бажань призводило до стану фрустрації, що знаходило відображення

в напруженості, збудженості, дратівливості (Q4+).

Таким чином, характерними особистісними особливостями неінфікованих чоловіків групи 3 виявилися емоційна нестійкість (C-), владність, непоступливість (E+), безвідповідальність, ненадійність (G-), жорсткість, черствість по відношенню до інших (I-), підозрілість, висока зарозумілість (L+), низький самоконтроль, недисциплінованість (Q3-), напруженість, дратівливість (Q4+).

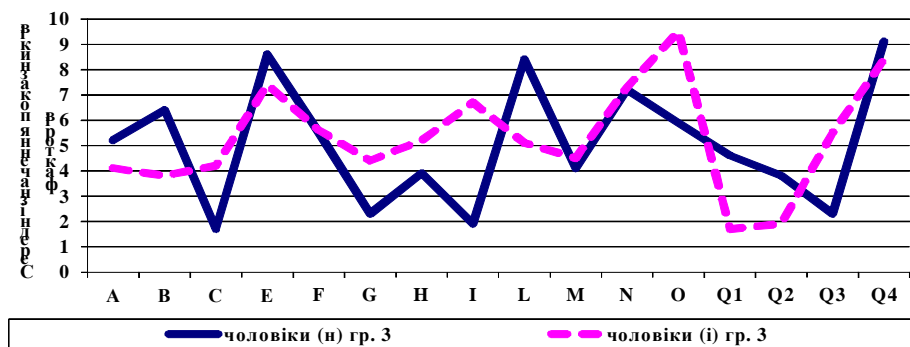


Рис. 8. Усереднені особистісні профілі чоловіків групи 3.

Результати дослідження особистісних властивостей ВІЛ-інфікованих гомосексуальних чоловіків (рис. 8) показали достовірно ($p < 0,05$) високі показники факторів O, Q4 і низькі значення факторів Q1 і Q2 (достовірність $p < 0,05$). Виявлені в процесі дослідження особистісні фактори вказували на схильність до почуття провини (O+), консерватизм (Q1-), залежність (Q2-) і внутрішню фрустрованість (Q4+).

Обстежені чоловіки відрізнялися невпевненістю, тривожністю, стурбованістю, боязкістю, депресивністю. Вони були надто турботливі, легко впадали у розгубленість, були сповнені страхів та схильні до зміни настрою (фактор O+). Явно виражений консерватизм (фактор Q1-) проявлявся у прагненні до підтримки встановлених поглядів і норм, запереченні необхідності змін, підозрілому ставленні до того, що не відповідало їхнім поглядам на які б то не було речі. Вони були зайво залежні від чужої думки, несамоостійні, потребували підтримки і схвалення, могли приймати рішення тільки заручившись підтримкою оточуючих, при цьому були безініціативні, про що свідчили низькі значення чинника Q2. Високі показники фактора (Q4+) свідчили про те, що обстежених відрізняла напруженість, незадоволеність спонукань, фрустрованість, емоційна нестійкість, дратівливість і нетерплячість, що мала місце при високій егонапруженості.

Таким чином, найбільш характерними осо-

бистісними особливостями ВІЛ-інфікованих гомосексуальних обстежених чоловіків були невпевненість, тривожність, схильність до почуття провини (фактор O+), консерватизм, заперечення необхідності змін (фактор Q1-), несамоостійність, потреба в підтримці оточуючих, безініціативність (фактор Q2-), фрустрованість і напруженість (фактор Q4+). Сполучення перелічених особистісних властивостей з характерними для їх партнерів емоційною нестійкістю (C-), домінантністю (E+), низькою нормативністю поведінки (G-), жорсткістю (I-), підозрілістю (L+), недисциплінованістю (Q3-), фрустрованістю (Q4+), ставало дисгармоніюючим фактором в їх взаєминах і сприяло виникненню і розвитку порушення життєдіяльності цих ПП.

Відмінними рисами чоловіків і жінок, які мали успішні подружні стосунки, незалежно від факту інфікування, були висока нормативність поведінки (G+), довірливість, поступливість (L-), дисциплінованість, високий самоконтроль (Q3+), а також товарицькість (A+) і практичність (I-) у чоловіків і вразливість (I+) у жінок (рис. 9). Істотною різницею між інфікованими та неінфікованими особами ставали показники емоційної врівноваженості (C+), які були вищими у неінфікованих обстежених.

Особи підгруп 1-УЖ і 2-УЖ характеризувались тверезим поглядом на дійсність, реальною оцінкою ситуації (фактор C+). Їх високе супер-Его проявлялося в сумлінності, відповідальності,

емоційної врівноваженості. Вони виявляли на-полегливість і завзятість у досягненні цілей, дисциплінованість, обов'язковість, рішучість (фактор G+), довірливість по відношенню до людей, відкритість, поблажливість, відсутність заздрості (фактор L-); по відношенню до оточуючих були уважні й делікатні (фактор Q3+).

Чоловіків даних підгруп відрізняли відкритість, товариськість, уважність до людей, природність і невимушеність у спілкуванні. Вони легко встановлювали міжособистісні контакти, виявляли готовність до співпраці і активність в усуненні міжособистісних конфліктів (фактор A+). Їм властива була твердість, практичність, самостійність та впевненість у вирішенні проблем, вміння брати на себе відповідальність. Вони не проявляли сентиментальності, проте, виявляли розсудливість і реалізм (низькі значення фактора I). Жінки навпаки, були поблажливі, терпимі, здатні до емпатії, співпереживання, але схильні до боязкості та неспо-

кою (високі значення чинника фактор I).

Таким чином, при дослідженні особистісних особливостей подружжів підгруп 1-УЖ і 2-УЖ на перший план виступали врівноваженість (фактор С+), відповідальність (фактор G+), довірливість, відкритість (фактор L-), точне виконання соціальних вимог і контроль емоцій (фактор Q3+).

Порівняльний аналіз особистісних особливостей подружжів підгруп 1-УЖ і 2-УЖ (рис. 9) показав достовірну подібність ($p < 0,05$) за факторами висока нормативність поведінки (G+), довірливість (L-), високий самоконтроль (Q3+) і гендерні відмінності за фактором I: чоловікам була властива практичність, а жінкам - сентиментальність. Виявлені особистісні чинники ми розцінили як сприятливі для міжособистісного спілкування і психологічної сумісності подружжя, як сприяють успішній життєдіяльності ПП, навіть, за умови такої психотравмуючої ситуації, як ВІЛ-інфікування одного з партнерів.

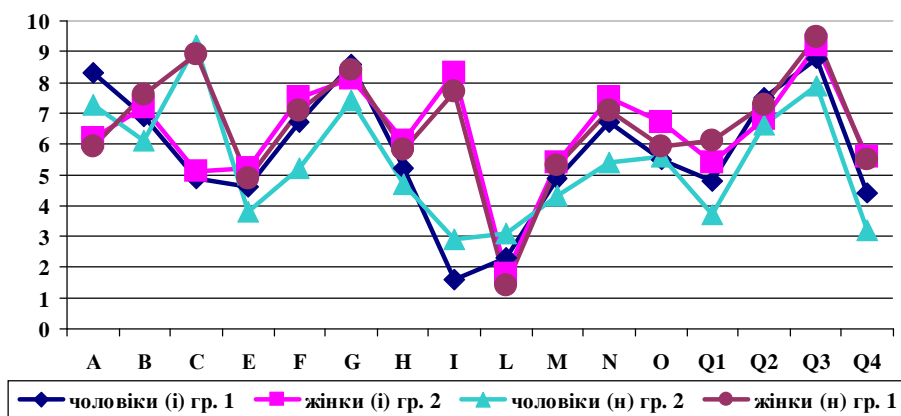


Рис. 9. Усереднені особистісні профілі гетеросексуальних чоловіків і жінок без порушень життєдіяльності ПП.

Таким чином, патохарактерологічними про-вокативними факторами порушення життєдіяльності ПП в умовах інфікування одного з партнерів на ВІЛ, виявилися поєднання в одного з партнерів застрягаючого і збудливого, або циклотимічного, збудливого і застрягаючого типів акцентуації, низькі значення емотивності, екзальтованості і демонстративності. Чинниками ризику розвитку порушення життєдіяльності ПП також встановлені високий рівень тривожності, дистимії, застрягання і емотивності у одного з поружжя. Патопластичними факторами, що обтяжують вираженість порушення життєдіяльності ПП, виявлені висока вираженість дистимічної, збудливої, демонстративної і педантичної акцентуації. Факторами протекції, що сприяють успішній життєдіяльності ПП, виявилось по-

єднання високих значень емотивності і екзальтованості у обох подружжя за відсутності збудливості, застрягання і тривожності.

Особистісними факторами провокації розвитку порушення життєдіяльності ПП визначені: емоційна нестійкість (С-), низька нормативність поведінки (G-), консерватизм (Q1-), низький самоконтроль (Q3-), фрустрованість (Q4+), невпевненість, схильність до почуття провини (фактор O+), консерватизм (Q1-) і несамостійність, безініціативність (фактор Q2-), замкнутість (фактор A-), песимізм, заглибленість у себе (фактор F-), підвищене очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+). Протективними психологічними особливостями, що обумовлюють успішні подружні відносини, визначені емоційна врівноваженість (С+), висока норма-

тивність поведінки (G+), довірливість, поступливість (L-), дисциплінованість, високий самоконтроль (Q3+), а також товариськість (A).

Отримані дані лягли в основу при розробці системи медико-психологічного супроводу ПП, в яких один з партнерів інфікований ВІЛ.

Р. Т. Габрель

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И ИХ ПАРТНЕРОВ В ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТНЕРСКОЙ ПАРЫ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основе психодиагностического исследования 105 партнерских пар (ПП) с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых гетеросексуальных 70 пар и 35 - однополых мужских, исследованы индивидуально-психологические особенности и их сочетания в партнерской паре, на основе чего выделены характерологические и личностные черты и их сочетания, являющиеся факторами провокации/протекции развития нарушения жизнедеятельности этих партнерских пар. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 24-34).

R. T. Gabrel

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PERSONS AND THEIR PARTNERS IN THE GENESIS VIOLATION OF LIFE AFFILIATE STEAM

Kharciv medical academy postgraduate education

Based on survey of 105 partner pairs, in which one partner is HIV-positive, of which 70 are heterosexual couples and 35 - same-sex male, investigated the peculiarities of individual psychological characteristics and their communication in the partnership bet on what basis and allocated personality traits and their combination together that are factors of provocation / protection of these violations life partner pairs. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 24-34).

Література

1. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: учебное пособие / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, В. А. Солдаткин, В. И. Крылов, А. Я. Перехов. — Киев, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург: ГБОУ ВПО РОСТГМУ Минздравсоцразвития России. — 2013. — 109 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень, № 37. — Київ, 2012. — 82 с.
3. Зинченко А. И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять

- заболеванию : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. психол. н. : спец. 19.00.04 «медицинская психология» / А. И. Зинченко. — СПб : РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. — 24 с.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.
5. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. — М.: Академический Проект; Культура, 2009. — 470 с.

Поступила в редакцию 16.03.2013

УДК 616.892-009.3-001

*В.Е. Казаков***ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ**

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, предпосылки, клиника, сон, память

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) весьма распространенное явление, представляющее потенциальную опасность для жизни и здоровья пострадавших. Эпидемиологические исследования последних 5-ти лет свидетельствуют о чрезвычайно высокой частоте ЧМТ - до 4-х случаев в год на 1000 взрослого населения и 4,56 на 1000 детского населения [1-5].

При этом на ранних этапах у пострадавших не отмечаются органические расстройства, проявления носят функциональный уровень, и их трудно выявить рутинными инструментальными методами. Однако в ряде случаев нейропсихологические методы позволяют решить эту задачу.

На современном этапе интенсивного развития диагностики и лечения психических заболеваний всё шире развивается нейропсихологический подход для решения диагностических

задач и построение лечебной тактики у пациентов не только с тяжелой ЧМТ, но и с ЧМТ средней и даже легкой степени тяжести. Этот метод является чувствительным и обнаруживает даже незначительную функциональную патологию при легкой ЧМТ [6-7].

Как выяснилось, несмотря на отсутствие видимых нарушений при исследовании МРТ, КТ и неврологического статуса, и даже при отсутствии жалоб пациента, у больных с легкой ЧМТ, уже спустя 1-3 года после травмы, в 30% случаев могут возникать хронические когнитивные нарушения, а в 20% - инвалидизация [8].

В связи с этим попытка найти нарушения функционального уровня при ЧМТ, являющиеся предпосылками возникновения тяжелых последствий (слабоумия, продуктивной психопатологии), представляет весьма актуальную задачу.

Материалы и методы исследования

Обследовано 437 пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ, 69% мужчин и 31% женщин (основная группа). Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Исследуемые в 39% случаев перенесли ушиб, в 61% случаев - сотрясение головного мозга. По характеру психических расстройств исследуемые распределялись следующим образом: у 119 чел. (27%) пациентов преобладали галлюцинаторно-параноидные расстройства, у 70 (16%) - тревожные, у 48 (11%) - депрессивные, у 22 (5%) - маниакальные, у 178 (41%) - когнитивные нарушения. Контрольная группа была представлена больными, с ЧМТ, не приведшими к отдаленным последствиям (72 человека). У всех наблюдаемых пациентов ос-

новной группы было проведено детальное клинико-психопатологическое, неврологическое, инструментальные (МРТ и КТ) и нейропсихологическое обследования. Нейропсихологические исследования включали набор тестов Cogstate, которые использовались для исследования долгосрочной и краткосрочной памяти, визуальной, пространственной, эмоциональной, а также тесты на когнитивное, моторное и сенсомоторное научение. [9-12]

Исследование пациентов проводилось в динамике. По мере возможности начиналось исследование пациентов, имевших относительно свежую черепно-мозговую травму (в срок не более года), и продолжалось не менее 3-х лет.

Результаты и их обсуждение

При тщательном исследовании анамнеза пациентов основной группы в 51,9% случаев была выявлена перинатальная патология, а именно в

17,1% случаев отмечались пренатальные вредности (тяжелые токсикозы беременности, болезни матери, внутриутробные травмы и инфек-

ции). В 15,2% случаев – интранатальные вредности (родовые травмы и асфиксии в родах), в 8,5% случаев – постнатальные (ЧМТ, мозговые инфекции, нейроинтоксикации в первые 2-3 года жизни). В 48,1% перинатальный период пациентов протекал без особенностей.

В грудном и раннем детском возрасте у 33,3% отмечались явления невропатии, на первый план выступали расстройства ночного сна, повышенная чувствительность к внутреннему дискомфорту, плаксивость, снижение аппетита, срыгивания, рвота. Матери, несмотря на длительный промежуток времени, после рождения ребенка, с ужасом вспоминали о первых месяцах его жизни, бессонных ночах, постоянном ношении на руках, невозможности накормить и т.д. Пациенты с трудом приспосабливались к детскому коллективу, были капризны, аффективно возбудимы, двигательно расторможены. У 31,4% из числа обследованных в 5-9 летнем возрасте обнаруживались моносимптомные невротические и неврозоподобные расстройства (энурез, тики, заикания, страхи и т.д.). В 29,5% случаев у них отмечались патологические привычки (сосание пальца, выдергивание волос и др.).

В препубертатном периоде у обследованных в 18,1% были характерологические реакции активного протеста, а именно, непослушание, грубость, агрессия; в 6,7% случаев у подростков во время бурной аффективной реакции, сопровождающейся яростью и двигательным возбуждением, выявлялось кратковременное сужение сознания. В 10,4% случаев подростки в знак пассивного протеста совершали незавершенные суицидальные попытки в ответ на незаслуженную, по их мнению, обиду. Решение умереть заранее не обдумывалось, совершалось импульсивно, без свидетелей. Девочки пытались отравиться, а мальчики – умереть в результате вскрытия вен.

В пубертатном возрасте у некоторых подростков были реакции группирования со сверстниками и реакции эмансипации.

16,1% случаев обследуемые пациенты в подростковом возрасте входили в стойкие, спонтанно образованные группы, преимущественно внешкольной локализации. Эти группы удовлетворяли их потребности в свободном, нерегламентированном взрослом общении. Принадлежность к «компаниям» повышала их уверенность в себе и позволяла самоутвердиться. В группировках пациенты имели определенные стереотипы поведения, восприятия и языкового общения. 12,4% пациентов характеризовались стремлением к независимому от взрослых, в т.ч. от

родителей, духовному существованию, при этом продолжали принимать от них материальную помощь. Советы и нравоучения взрослых они категорически и с раздражением отвергали. Эти подростки тщательно охраняли свой внутренний мир от взрослых, были сдержаны в проявлении личных чувств, оберегали свои фантазии.

Однако в целом обследуемые развивались без грубой психической, неврологической и соматической патологии. В 64% случаев дети активно набирали вес, в 72% случаев легко адаптировались в детском коллективе, в 49% росли общительными, в меру послушными, в 41% хорошо учились. Поступали в средние и высшие заведения, в дальнейшем устраивались на работу, имели семьи, их социальное функционирование было на удовлетворительном уровне.

Больные, перенесшие лёгкую ЧМТ, в 72% предъявляли жалобы на метеозависимость и в 65% - на головные боли. При этом они не обнаруживали выраженных неврологических нарушений, в 47% у них отмечалась рассеянная микросимптоматика представленная оживлением и легкой разницей сухожильных рефлексов в конечностях, незначительным пошатыванием в позе Ромберга, сглаженностью носогубной складки, разлитым дермографизмом. Компьютерная томограмма патологии не выявила.

Пациенты с тяжёлой ЧМТ также как и с лёгкой ЧМТ, предъявляли жалобы на головные боли, метеозависимость, головокружение, нарушение памяти и внимания, раздражительность, вспыльчивость, однако неврологическая симптоматика у них была более грубой. В последующие 1-3 года, как показывают результаты изучения жалоб, психического и неврологического статусов, а также данных КТ, в 54% случаев состояние больных улучшалось. Но через 3-5 лет в 51% начали ухудшаться память и внимание, а в последующие годы в 41% случаев возникла психопатология.

При обследовании проводилось сопоставление результатов нейропсихологического исследования и клинической картины пациентов основной и контрольной группы. У пациентов основной группы уже на ранних этапах после перенесенной травмы (до 1 года) нейропсихологическое исследование выявляло достаточно грубые нарушения когнитивного научения, а также эмоциональной памяти. В дальнейшем периоде (от одного до 3-х лет) эти нарушения сглаживались, спустя 3 года у 22% с лёгкой ЧМТ и 31% пациентов с тяжёлой ЧМТ начало прогрессировать нарушение когнитивного научения,

что явилось предпосылкой для формирования психоорганического синдрома. У 16% с лёгкой ЧМТ и 18% с тяжелой ЧМТ нейропсихологическое исследование выявляло стойкое нарушение эмоциональной памяти, при этом с течением времени у этих же пациентов возникали признаки аутизации.

При исследовании пациентов также обращали на себя внимание частые нарушения сна, возникновение инсомний служило своеобразной «лакмусовой бумажкой», указывающей на ухудшение состояния больного. Нередко бессонница являлась начальным симптомом в сложном симптомокомплексе. Тяжесть инсомнии коррелировала с тяжестью психопатологии.

Расстройство сна в контрольной группе встречалось достоверно реже, чем в основной ($p \leq 0,001$). У пациентов контрольной группы уже через несколько недель после сотрясения мозга и ненамного дольше после ушиба мозга инсомнии были купированы. В основной группе нарушения сна носили упорный перманентный характер, были труднокурабельны и нарушали дневное функционирование. У больных часто встречались ночные пробуждения, яркие красочные сновидения, ночные ужасы и кошмары, сновидения устрашающего характера, просночные галлюцинации. У больных с когнитивными расстройствами во время сна нередко наблюдались храп, апноэ, снохождение. Тревожные больные по ночам просыпались от вегетативных пароксизмов. При отсутствии полноценного сна достоверно чаще, чем у больных с достаточным сном, возникали аффективные, галлюциаторно-параноидные и когнитивные нарушения ($p \leq 0,001$).

В 46,7% случаев КТ выявила четкую локализацию очага, и именно у этих больных достоверно чаще, чем у больных с необнаруженным

очагом, наблюдались психопатологические проявления ($p \leq 0,001$).

У пациентов с выявлением очага в области лобной доли отмечалось органическое расстройство личности, которое проявлялось раздражительностью, злобой, агрессией, периодически сменяемой шутливостью, неоправданным весельем, эйфорией. Именно эта категория больных могла совершать антисоциальные акты. У них наблюдалась вязкость, застревания, побочные ассоциации, затруднявшие изложение материала, выраженная отвлекаемость.

У тех пациентов, КТ которых подтвердила очаговость в височно-теменной области, в отдаленном периоде возникал симптомокомплекс с астенической, вегетативной и циклотимоподобной симптоматикой. Иногда на высоте вегетативных проявлений имели место аффекты страха, сопровождающиеся тоскливо-злобным аффектом.

У пациентов с преобладанием поражения височной области наблюдались аутохтонные аффективные расстройства в виде тоскливо-злобного настроения.

У пациентов с патологическим очагом в лимбической области отмечалась выраженная эйфория с дурашливостью, расторможенностью и конфабуляторными расстройствами.

Таким образом, проведенное лонгитудинальное исследование позволяет предположить, что предикторами психопатологических последствий ЧМТ могут служить преморбидные личностные особенности пациентов, перинатальная патология больных, невропатия, четкая локализация посттравматического очага в лобной, лимбической, височной и височно-теменной областях, стойкие нарушения сна, нарушения когнитивного научения и расстройства эмоциональной памяти.

В.Є. Казаков

ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧМТ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Метою дослідження стала спроба знайти клінічні передумови виникнення важких наслідків (недоумства, продуктивної психопатології) ЧМТ. Обстежено 437 пацієнтів з давністю захворювання від 1 року до 15 років. Досліджувані в 39% випадків перенесли забій, в 61% випадків - струс головного мозку. За характером психічних розладів досліджувані розподілялися наступним чином: у 119 (27%) пацієнтів переважали галюциаторно-параноїдні розлади, у 70 (16%) - тривожні, у 48 (11%) - депресивні, у 22 (5%) - маніакальні, у 178 (41%) - когнітивні порушення. Контрольна група була представлена хворими, з ЧМТ, що призвела до віддалених наслідків (72 особи). У всіх спостережуваних пацієнтів основної групи було проведено детальне клініко-психопатологічне, неврологічне обстеження, нейропсихологічне дослідження, інструментальне (МРТ і КТ). Дослідження пацієнтів проводилося в динаміці. У міру можливості починалося дослідження пацієнтів, які перенесли черепно-мозкову травму в термін не більше року і тривало не менше 3-х років.

Проведене лонгитудинальне дослідження дозволяє припустити, що предикторами психопатологічних наслідків ЧМТ можуть служити преморбідні особистісні характеристики пацієнтів, перинатальна патологія хворих, локалізація посттравматичного вогнища, порушення сну, стійкі порушення когнітивного навчання і розлади емоційної пам'яті. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 35-38).

PREDICTORS OF THE PSYHOPATHOLOGY OCCURRENCE IN THE DELAYED PERIOD OF TBI

SE "Lugansk state medical university"

The aim of the study was to attempt to find clinical predictors of severe consequences (dementia, productive psychopathology) of TBI. The study involved 437 patients with disease duration of 1 year to 15 years. Subjects in 39% of cases suffered the injury in 61% of cases - a concussion. By the type of mental disorders studied were divided in such way: in 119 (27%) patients prevailed hallucinatory-paranoid disorder in 70 (16%) - anxious, in 48 (11%) - depression, in 22 (5%) - manic, in 178 (41%) - cognitive impairment. The control group was represented by patients with TBI not led to long-term effects (72 people). All of the examined patients of the main group was conducted detailed clinical and psychopathological, neurological examination, neuropsychological research tool (MRT and CT). The study was conducted in long period of time. Whenever possible, patients began the study if underwent a traumatic brain injury in a period of not more than one year and continued for at least 3 years.

Conducted longitudinal study suggests that the predictors of psychopathological consequences of TBI may serve as a premorbid personality characteristics of patients, perinatal pathology, the localization of post-traumatic hearth, sleep disturbances, persistent violations of cognitive learning disorders and emotional memory. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 35-38).

Литература

1. Кислицын Ю.В. Качество жизни пациентов с тяжелым ушибом головного мозга в отдаленном периоде. / Ю.В. Кислицын, К.Г. Новиков // Журн. неврол. и психиатр. 2009; 109: 11: 94-96
2. Скоромец А.А. Исследование эффективности комплексного препарата цитофлавин для коррекции последствий легкой черепно-мозговой травмы. / А.А. Скоромец, Е.Л. Пугачева // Журн. неврол. и психиатр. 2010; 110:3:31-36
3. Исхаков О.С. Взаимосвязь механизма травмы с видами повреждения мозга и исходами у детей с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой. / О.С. Исхаков, А.А. Потапов, В.М. Шипиловский // Вопр. нейрохир. 2006; 2:26-31
4. Берснев В.П. О работе нейрохирургической службы Санкт-Петербурга в 2000-2005 гг. Всероссийская научно-практическая конференция «Поляковские чтения» / В.П. Берснев // Тезисы докладов. Санкт-Петербург 2007; 18-20
5. Горбунов М.В. Медико-социальные аспекты черепно-мозговой травмы у детей и пути ее профилактики (по материалам Ульяновской области) / М.В. Горбунов Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. М.:2006; 27.
6. Narayan R.K. Posttraumatic Stress Disorder in patients with traumatic brain injury. / R.K. Narayan, M.E. Michel // J. Neurotrauma 2006; 19:5:503-557.
7. Путилина М.В. Оптимизация программы реабилитации пациентов с черепно-мозговыми травмами / М.В. Путилина // Рус. мед. журн. — 2005. - №13 — с.22-24.
8. McDonald B.C., Flashman L.A., Saykin A.J. Executive dysfunction following traumatic brain injury: neural substrates and treatment strategies. Neurorehabilitaton 2005; 17: 333-344.
9. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С. Зайцев — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 336 с.
10. Кислицын Ю.В. Качество жизни пациентов с тяжелым ушибом головного мозга в отдаленном периоде / Ю.В. Кислицын, К.А. Новиков // Журн. неврол. и психиатр., - 2009, №11. — С. 94-96
11. Mani T.M., Miller S.M., Yanasak N., Macciocci S. Evaluation of changes in motor and visual functional activation over time following moderate-to-severe brain injury. Brain Injury 2007; 21: 11: 1155—1163.
12. Ricker J.H., Hillary F.G., DeLuca J. Functionally activated brain imaging (O-15 PET and fMRI) in the study of learning and memory after traumatic brain injury. J. Head Trauma Rehabil 2008; 16:2: 191-205.

Поступила в редакцию 24.03.2013

УДК 616.89-008.441-07-053.66

*В.И. Пономарёв***ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ФОРМЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ**

Харьковской национальной университет имени В.Н. Каразина

Ключевые слова: физическое и психомоторное развитие, подростки, зависимость от летучих органических соединений, обсессивно-компульсивные самоповреждения кожных покровов, коморбидность

Физическое и психомоторное развитие являются высоко значимыми показателями состояния здоровья подростка: их параметры служат объективными критериями индивидуальной оценки роста, характеризуя, развитие в целом [1].

Анализ источников показал, что при комплексной оценке состояния здоровья социально-дезадаптированных детей и подростков стран СНГ, которые имеют общие с Украиной социально-экономические проблемы, практически не выявляются здоровые лица с физиологическим уровнем функционирования организма, нормальным психическим и физическим развитием [1,2]. Показатели нормативного физического развития и морфо-функциональной зрелости социально-дезадаптированных детей и подростков, а именно к этой категории относятся под-

ростки с различными видами аддикций, значительно отличаются от их социально адаптированных сверстников [2,3]. У большинства социально-дезадаптированных подростков регистрируется дисгармоничное и значительно дисгармоничное развитие [4], что фактически означает снижение функциональных резервов организма и способности к адаптации, в широком смысле слова.

Целью исследования являлось изучение физического и психомоторного развития подростков, страдающих зависимостью от летучих органических соединений и проявляющих несуйцидальные формы аутоагрессивного поведения в форме обсессивно-компульсивных самоповреждений кожных покровов, для доказательного выделения возможных коморбидизирующих факторов, связанных с развитием.

Материал и методы исследования

Были обследованы 32 подростка мужского пола в возрасте от 12 до 14 лет из социально-неблагополучных семей, находившихся на лечении в КУОЗ «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3» и КУОЗ «Областной психоневрологический диспансер» (г. Харьков), с зависимостью от летучих органических соединений (ЛОС) (F18.2. по критериям МКБ-10). У всех пациентов течение основного заболевания было отягощено обсессивно-компульсивными самоповреждениями кожных покровов (F42.8).

Контрольную группу составили 20 здоровых подростков, учеников средних школ г. Харькова и Харьковской области.

Отнесение испытуемых к подростковой группе осуществлялось на основании критериев «Схемы возрастной периодизации» На-

учного центра здоровья детей РАМН [5]. Оценка физического развития проводилась с учётом ориентировочных возрастных показателей, представленных в руководстве для врачей «Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге» [6], а также стандартах оценки физического развития детей и подростков [7]. Психомоторное развитие подростков групп сравнения изучали с помощью Шкалы оценки психомоторного развития Озерецкого-Гельница [8]. Идентификацию обсессивно-компульсивных самоповреждений кожных покровов осуществляли на основании диагностических критериев МКБ-10 и дополнительных (критериев дифференциации), описанных акад. РАМН, проф. Смулевичем А.Б. с соавт. [9].

Результаты исследования и их обсуждение

Обсессивно-компульсивные расстройства с самоповреждениями кожных покровов (F42.8) в нашем исследовании были представлены невротической эксфолиацией и эксфолированными акне, наблюдаемыми у 22 (68,75%) и 10 (31,25%) пациентов, соответственно.

И невротические эксфолиации (НЭ), и эксфолированные акне (ЭА) – представляли собой компульсивные повторные действия, сопровождавшиеся самоповреждениями, расчесываниями кожных покровов. Все НЭ хронологически оформлялись до формирования признаков зависимости от ЛОС и были причинно связаны с различными психотравмами в препубертатном периоде. ЭА отлича-

лись от НЭ тем, что компульсии, сопровождавшиеся аутодеструктивными действиями, проявлялись не на субстрате здоровой кожи, а формировались на фоне дискомфорта, связанного с реально существующим заболеванием – акне.

Исследование проводили согласно перечню морфологических признаков физического развития: длина тела (см), вес тела (кг) и окружность грудной клетки (см). На основании результатов антропометрических исследований были определены средние величины основных показателей физического развития для каждой возрастной группы подростков в интервале от 12 до 14 лет (см. табл.1).

Таблица 1

Средние показатели физического развития испытуемых подростков с зависимостью от ЛОС и коморбидным самоповреждением кожных покровов

Возраст, лет	Численность группы, чел.	Длина тела (в см)		Вес тела (в кг)		Окружность грудной клетки (в см)	
		M±m	σ	M±m	σ	M±m	σ
12	14	140,70±0,87	5,14	32,80±1,00	5,92	65,80±0,36	2,10
13	11	147,10±0,87	5,14	34,50±0,85	5,02	65,40±3,75	6,15
14	7	153,20±0,73	5,86	40,40±0,50	4,03	69,10±0,24	1,95

При исследовании учитывали точный возраст испытуемых. В соответствии с общепринятой методологической установкой возрастное группирование детей старше 7 лет проводилось с интервалом в один год.

Индивидуальная оценка физического развития каждого испытуемого использовалась для групповой оценки физического развития, при которой определялась (в %) доля подростков с гармоническими, дисгармоническими и значительно дисгармоническими показателями. Все испытуемые находились в одном возрастном интервале: от 12 до 14 лет. Результаты исследования оценивались по шкале регрессии длины тела.

Оценивая результаты изучения длины тела в группах сравнения мы наблюдали (см. табл.2) достоверное ($p<0,01$) преобладание у подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов низких (9,40%) и ниже средних (46,90%) показателей длины тела, в отличие от контрольной группы, где наоборот, у испытуемых преобладали средние, выше среднего и высокие показатели (45,00%, 20,00%, 10,00%). Полученные данные означали преобладание субнормативности показателя длины тела в группе подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов и нормативности соответствующего показателя у здоровых испытуемых.

Таблица 2

Результаты исследования длины тела здоровых испытуемых и подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов

Показатели длины тела	Группы сравнения			
	Основная, n=32		Контрольная, n=20	
	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
Низкая	3	9,40 %	1	5,00%
Ниже средней	15	46,90%	4	20,00%
Средняя	12	37,50%	9	45,00%
Выше средней	2	6,25%	4	20,00%
Высокая	–	–	2	10,00%

Субнормативные данные получены и при оценке веса тела и окружности грудной клетки

в основной группе. По результатам исследования физического развития в основной группе

подростков было установлено преобладание показателей дисгармоничного и значительно дисгармоничного физического развития. В контрольной группе, напротив, было установлено значительное преобладание показателей гармоничного физического развития.

Исследование психомоторного развития проводили согласно исследовательскому алгоритму, предложенному Шагинян Е.В. [8]. Так как нижняя возрастная граница в исследованном контингенте составляла 12 лет, а верхняя – 14 лет, в исследовании основными являлись Тест №8 («Тест для детей в возрасте 11-12 лет») и Тест №9 («Тест для детей в возрасте 13-14 лет»). В тех случаях, когда испытуемый не выполнял тесты своего возраста, мы использовали тесты более младшего возраста (Тест №7 – «Тест для детей в возрасте 9 лет»). Успешное выполнение испытуемым тестовой задачи своего номинального возраста оценивалось баллом; неуспешное выполнение задачи – «минусом» (за исключением тех тестов, в которых задание касалось верхних или нижних конечностей, где полный балл ставился только в том случае, если испытуемый выполнил задание для обеих конечностей. В случаях, когда задание было выполнено частично, ставился S балл). Подсчет результатов происходил следующим образом: за основу брался тот год по шкале, на котором испытуемый выполнил все задания. К этому году

прибавлялась сумма баллов, полученных при выполнении тестов для других возрастных ступеней. Каждый балл был равен 2 месяца, г балла – одному месяцу. Испытуемые 12-13 лет за каждый из выполненных тестов для возрастных групп 13-14 и 15-16 лет получали по два балла и за частичное выполнение теста – один балл; испытуемые 14-15 лет за каждый из выполненных тестов для возрастной группы 15-16 лет получали также по два балла, за частичное выполнение теста – один балл. Испытуемые в возрасте 12, 14 лет получали по одному баллу при выполнении тестов, соответствующих их возрастной группе, и г балла за частичное выполнение теста.

Легкой степенью моторной отсталости по оценочным критериям Шагинян Е.В. [8] – Гордеева В.И. – Александрович Ю.С. [10], мы считали диапазон от 1 до 1,5 лет, средней – от 1,5 до 3 лет, от 3 до 5 лет – глубокая степень отсталости, более 5 лет – «моторная идиотия».

Результаты применения Шкалы оценки психомоторного развития Озерецкого-Гельница [8] отражены в табл. 3.

Из данных табл. 3, следует, что нормативное психомоторное развитие было установлено у 100,00% здоровых подростков и только у 6,25% наших пациентов. Среди подростков с задержкой достоверно преобладали лица с легкой степенью психомоторного развития ($p < 0,001$).

Таблица 3

Результаты исследования психомоторного развития здоровых испытуемых и подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов

Показатели психомоторного развития	Группы сравнения			
	Основная, n=32		Контрольная, n=20	
	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
Нормативное психомоторное развитие	2	6,25	20	100,00%
Задержка психомоторного развития	30	93,75	–	–
Легкая степень	22	73,33	–	–
Средняя степень	8	26,67	–	–
Глубокая степень	–	–	–	–
«Моторная идиотия»	–	–	–	–

Выводы.

1. Подростки с зависимостью от ЛОС и несуйцидальными формами аутоагрессивного поведения (в виде компульсивных самоповреждений кожных покровов) достоверно чаще, чем их здоровые сверстники ($p < 0,001$) характеризовались как имеющие субнормативные основные показатели физического развития и задержку психомоторного развития, что позволяет охарактеризовать их психофизические функциональные резервы и способность к адаптации как сниженные.

2. Большинство подростков с зависимостью от ЛОС и несуйцидальными формами аутоагрессивного поведения, в среднем, отставали от своих сверстников в физическом развитии на 1 год, а в психомоторном развитии – в среднем на $1,30 \pm 0,87$ года.

3. Наличие устойчивой и сильной корреляционной связи ($r = 0,74$, при $p < 0,001$) между параметрами “сниженная функциональность и способность к адаптации” и “наличие коморбидности: F18.2, F42.8 по критериям МКБ–10”,

позволяет рассматривать “сниженную функциональность и способность к адаптации” в качестве коморбидизирующего фактора сочетанной патологии: зависимости от ЛОС, осложненной несуицидальными формами аутоагрессивного поведения (в виде компульсивных самоповреждений кожных покровов).

Результаты проведенного исследования в

дальнейшем будут использованы для изучения процессов формирования коморбидной патологии: зависимости от ЛОС, осложненной несуицидальными формами аутоагрессивного поведения, а также при разработке программ по профилактике и создании алгоритма дифференцированной терапии данной коморбидной патологии.

В.І. Пономарьов

ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК І НЕСУЇЦИДАЛЬНОЮ АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ У ФОРМІ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО САМОУШКОДЖЕННЯ ШКІРЯНИХ ПОКРОВІВ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

З метою вивчення фізичного та психомоторного розвитку залежних від летких органічних сполук (ЛОС) з несуїцидальними формами аутоагресивної поведінки було обстежено 32 підлітка чоловічої статі у віці від 12 до 14 років з соціально-неблагополучних сімей з залежністю від ЛОС (F18.2). У всіх пацієнтів перебіг основного захворювання був обтяжений обсесивно-компульсивними самоушкодженнями шкіряних покровів (F42.8).

Підлітки із залежністю від ЛОС і несуїцидальними формами аутоагресивної поведінки достовірно частіше, ніж їх здорові однолітки, характеризуються як ті, що мають субнормативні основні показники фізичного розвитку і дизгармонійний фізичний розвиток, що означає зниження у них функціональних резервів і здатності до адаптації. Субнормативні показники фізичного розвитку і уповільнення його темпу можуть бути розглянуті в якості критеріїв об'єктивізації порушення соматофізичного компоненту нормативного розвитку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 39-42).

V.I. Ponomaryov

THE INDICES OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS WITH ADDICTION TO VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS AND NON-SUICIDAL FORMS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR (OBSESSIVE AND COMPULSIVE SELF-DAMAGE OF INTEGUMENTS)

V.N. Karasin Kharkiv National University

In order to study physical development of addicted to volatile organic compounds adolescents suffering from non-suicidal forms of autoaggressive behavior we examined 32 male adolescents from socially unsuccessful families in the age from 12 to 14 years, who were addicted to volatile organic compounds (F18.2). The course of the disease of all the patients was aggravated by obsessive and compulsive self-damage of integuments (F42.8).

Adolescents with addiction to VOC and non-suicidal forms of autoaggressive behavior reliably more often than their healthy contemporaries were characterized by subnormative basic indices of physical development and disharmonic physical development, which means decrease of their functional reserves and abilities to adaptation. Subnormative indices of physical development and retardation of its rate can be considered as criteria of objectivisation of disturbance of somathophysical component of normative development. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 39-42).

Литература

1. Дьяченко В.Г. Руководство по социальной педиатрии [Текст] / В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзынкина, Л.В. Солохина / Под. Ред. В.Г. Дьяченко. — Хабаровск, Изд-во ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет. — 2010. — 412с.

2. Соболева Т.В. Изменение показателей физического развития детей за время пребывания в оздоровительном лагере [Текст] / Т.В. Соболева // Ярославский педагогический вестник. — 2011. — №2 — Том. III. — С.44–50.

3. Витрищак С.В. Показатели физического развития детей и подростков из социально незащищенных семей [Текст] / С.В. Витрищак // Український медичний альманах. — 2007. — Том 10, №4. — С.30–32.

4. Альбицкий В.Н. Состояние здоровья детей из социопатических семей [Текст] / В.Н. Альбицкий, Т.М. Сиган, С.А. Ананьин // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 1994. — №1. — С.8–11.

5. Баранов А.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий [Текст] / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина. — М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН,

2008. — 216с.

6. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге. — М.: Союз педиатров России, 1999. — 112с.

7. Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков [Текст] / Ю.А. Ямпольская // Педиатрия. — 2005. — №6. — С.73–76.

8. Шагинян Е.В. Методика Озерецкого-Гельница и особенности психомоторики у детей и подростков. Дисс. канд. мед. наук. — М., 1973. — 186с.

9. Смулевич А.Б. Проблемы психодерматологии: современные аспекты [Текст] / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженко, О.Л. Иванов [и др.]. — http://www.rlsnet.ru/articles_405.htm

10. Гордеев В.И. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки развития детей [Текст] / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. — СПб.: Речь, 2001. — 200с.

Поступила в редакцию 23.03.2013

УДК 616.89–008.441.33+618–08:615

*Г.А. Приб¹, С.В.Дворяк²***КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД НАРКОЗАЛЕЖНИХ ТА ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ АГОНІСТАМИ ОПОЇДІВ**¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології,²Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я

Ключові слова: наркозалежність, підтримуюча терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), ВІЛ-інфекція, ВІЛ/СНІД

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІД, основною рушійною силою якої стали саме споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), призвела до поступового розуміння суспільством того, що зупинити стрімкий розвиток цієї епідемії неможливо без екстрених профілактичних заходів, а саме - донесення до СІН інформації стосовно того, як вони можуть виключити або зменшити ризики зараження себе та своїх друзів. Відповідно перед медичними фахівцями стала проблема, як донести необхідну профілактичну інформацію до СІН - закритої та майже недосяжної групи.

Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед СІН. Профілактика передачі ВІЛ, що пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків, є однією з найбільш складних проблем забезпечення універсального доступу до відповідних програм у сфері охорони здоров'я.

Комплексна програма профілактики, лікування та догляду серед СІН передбачає 9 груп заходів, що мають провідне значення в профілактиці та лікуванні ВІЛ-інфекції:

1. Програми обміну шприців та голків;
2. Опіоїдна замісна терапія (ОЗТ) та інші види лікування наркозалежності;
3. Консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
4. Антиретровірусна терапія;
5. Профілактика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;
6. Програми з забезпечення СІН та їхніх статевих партнерів презервативами;
7. Цільові програми щодо інформування, освіти та комунікацій, орієнтованих на СІН та їхніх статевих партнерів, РКС, МСМ, в т.ч. за методом «рівний-рівному»;
8. Вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
9. Профілактика, діагностика та лікування туберкульозу.

Аутріч-робота в програмах зменшення шко-

ди (ЗШ) це важливий метод надання послуг та найважливіший компонент усіх програм профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед СІН, з якими зазвичай складно встановити контакт. Аутріч (від англ. outreach — зовнішній контакт) — метод роботи з закритими цільовими групами, контакт з якими через медичні та соціальні служби утруднений, є надзвичайно ефективним засобом в програмах обміну шприців та голків, забезпечення презервативами, цільових програмах з інформування та освіти, адресованих СІН та їхнім статевим партнерам. Аутріч-працівники працюють з клієнтами в місцях, де вони часто збираються.

Принципи: конфіденційність, анонімність, розуміння проблеми, неосудливе ставлення до цільової групи, доброзичливість у стосунках, надання актуальної та правдивої інформації. Аутріч-працівники повинні бути підготовленими відповідним чином та ознайомленими з медичними, соціальними та правовими питаннями роботи за принципом «рівний-рівному».

Стратегія зменшення шкоди - це система політичних, медичних та соціальних заходів, направлених на мінімізацію негативних медичних, соціальних, економічних та правових проблем, спричинених вживанням наркотиків (а не на припинення цього явища), виходячи з реалістичної та прагматичної позиції охорони здоров'я населення.

Стратегія ЗШ акцентує увагу на практичних завданнях, які можна реалізувати серед СІН, що не можуть або на ще не готові відмовитись від вживання наркотиків, в першу чергу — ін'єкційних. Для захисту здоров'я всього суспільства потрібен захист здоров'я споживачів наркотиків, а отже необхідно інтегрувати споживачів у суспільство, а не намагатися ізолювати їх від них. Це прагматичний та гуманний підхід, коли проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиків, вирішуються за допомогою методів, які

зберігають гідність і загальнолюдські права споживачів наркотиків.

Метою стратегії ЗШ є попередження поширення інфекційних хвороб, таких як ВІЛ-інфекція, парентеральні гепатити (В, С), туберкульоз, ПСШ серед СІН та, відповідно, серед суспільства в цілому; мінімізація та пом'якшення інших негативних наслідків від вживання наркотиків (злидні, злочинність тощо), як по відношенню до окремих осіб, так і по відношенню до суспільства в цілому.

Завдання стратегії зменшення шкоди:

– встановлення контактів та взаємодія з цією зазвичай «закритою» та майже недосяжною групою, в першу чергу з тими СІН, які не стоять на офіційному обліку в наркологічній службі й перебувають поза її увагою, сприяння налагодженню та підтримці їхніх контактів з медичними та соціальними службами;

– зміна ставлення СІН до проблеми вживання нелегальних наркотиків,

в першу чергу ін'єкційних, формування навичок менш ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В і С;

– зниження ризику передозування та інших нещасних випадків, які можуть привести до смерті;

– захист прав та інтересів цільової групи.

У середині 80-х років у Великобританії, Австралії, Германії, Швейцарії, Нідерландах, Канаді та низці інших країн почали роботу національні програми обміну шприців та допомоги споживачам наркотиків. Спочатку вони мали пілотний характер та впроваджувались НДО, а з часом отримали державну підтримку та фінансування. У зв'язку з загрозою епідемії ВІЛ-інфекції, в цих країнах з'явилась потреба розробити різні моделі програм, які були б привабливі для споживачів наркотиків та відповідали їхнім потребам. Створенні на цій основі служби отримали загальну назву «програми зменшення шкоди». Так, наприклад, в графстві Мерсайд, Великобританія, була розроблена комплексна модель, до якої увійшли навчання способам безпечного ін'єкційного введення наркотиків, замісна терапія, а також профілактична робота з людьми, які не вживають наркотики. В ході цієї роботи було розроблено базисні принципи програм зменшення шкоди.

Споживачі наркотиків страждають як від симптомів залежності, так і від передозувань (часто зі смертельним результатом) і ускладнень, пов'язаних з ін'єкціями (септичні стани та інфекції, передані через кров), які часто роблять в неприй-

нятних умовах, у них також виникають проблеми правового характеру, оскільки вони легко залучаються до кримінальної діяльності. Пошук, придбання та вживання нелегальних наркотиків потребує значних зусиль та часу. Вони не можуть стабільно працювати і в них майже завжди виникають серйозні сімейні проблеми. Вони витрачають занадто багато грошей на наркотики, що змушує їх відмовляти собі у повноцінному харчуванні та житті.

Програми ЗШ дають можливість соціальним працівникам встановити контакт із споживачами ін'єкційних наркотиків та допомагають самим споживачам:

- припинити або зменшити вживання ін'єкційних наркотиків;
- отримати інформацію про безпечну поведінку та використати ці рекомендації в своєму житті;
- припинити використання спільного та нестерильного інструментарію для ін'єкцій;
- розпочати або продовжити відвідування реабілітаційних програм;
- зменшити ризик передозування при вживанні наркотиків.

Програми ЗШ також асоціюються зі зменшенням рівня злочинності та кількості випадків вживанням наркотиків у громадських місцях. Кримінологічні дослідження за останні понад тридцять років підтверджують, що пом'якшення законодавства щодо вживання наркотиків не сприяє зростанню споживання наркотиків, а застосування суворих заходів покарання не запобігає розповсюдженню нелегальних наркотиків.

Програми ЗШ зберігають та поліпшують якість життя СІН. Саме якість життя кожної людини та суспільства в цілому є пріоритетними завданнями успішних соціальних програм. ЗШ включає надання послуг та ресурсів споживачам на непримусовій та неупередженій основі й виходить з того, що люди, які вживають наркотики, мають право голосу при формуванні наркотичної політики та державних програм, які покликані відповідати потребам споживачів наркотиків. ЗШ також припускає, що споживачі наркотиків є важливою рушійною силою в зниженні негативної дії від вживання наркотиків. Саме тому необхідно надати можливість і допомогти споживачам наркотиків обмінюватися інформацією й підтримувати один одного в розробці стратегій зі зменшення негативних наслідків від вживання наркотиків, які відповідають реальним умовам.

Здійснення програм обміну шприців та голочок,

замісної терапії дають позитивні результати незалежно від культуральних та економічних відмінностей між регіонами. З економічної точки зору програми ЗШ обходяться дешевше, ніж надання медичної допомоги, лікування від наркотичної залежності та ВІЛ-інфекції/СНІД, витрати на юридичні послуги, необхідні за відсутності таких програм. Також доведено, що програми ЗШ зменшують злочинність і тим самим забезпечують безпечніші умови життя в місцевих співтовариствах, знижуючи витрати на судочинство й утримання в'язниць.

Економічна доцільність та ефективність ПТАО в профілактиці інфікування ВІЛ та іншими інфекціями

Згідно з даними Американської асоціації лікування опіоїдної залежності (AATOD), ПТАО є найкраще вивченим методом лікування, включено з економічною складовою процесу.

Порівняння економічного ефекту лікування і нелікування опіоїдної залежності. Напевно, через неоднозначне ставлення суспільства до призначення наркозалежним наркотичних препаратів жоден із методів лікування не вивчався настільки ретельно. Проведено безліч досліджень за різноманітними методиками. Порівнювалася ефективність ПТАО з іншими методами лікування й різні варіанти самих програм ПТАО. У 1991 році в Нью-Йорку було проведено порівняльний аналіз двох груп: одна група отримувала метадон, інша не отримувала ніякої терапевтичної допомоги. Кількість осіб, які отримували метадон і перестали вживати героїн, утримували метадон і перестали вживати героїн, у другій групі. У США, Гонконзі й Швеції було проведено дослідження, в якому ефективність терапії метадоном оцінювалася шляхом порівняння стану здоров'я тих, хто вживав метадон, та тих, хто не отримував жодної терапії. Після року спостережень з'ясувалося, що особи, які не лікувалися, у 97 разів частіше вживали героїн і в 53 рази частіше потрапляли до в'язниці, аніж ті, які лікувалися.

Для чого потрібна оцінка ефективності?

1. Для контролю процедури та результатів з метою отримання системних даних, які будуть аргументами під час прийняття рішень.

2. Щоб за допомогою об'єктивних інструментів (карти спостережень, анкети, лабораторні тести) стандартизувати процес лікування.

3. Для відбору найбільш ефективних програм.

4. Щоб визначити оптимальний обсяг допоміжних послуг.

Необхідно зазначити наслідки слабкої дока-

зовості, які зустрічаються в російській та українській наркології:

1. Домінування наукоподібного декорованого «шаманства» в наркологічній практиці;

2. Поширеність науково незабезпечених («недоказових») методів у стандартах надання наркологічної допомоги й інших нормативних документах (методичних рекомендаціях, посібниках для лікарів);

3. Нехтування методами терапії, ефективність яких була показана в строгих доказових дослідженнях за кордоном (наголос власного шляху);

4. Велика кількість публікацій, що не відповідають критеріям доказовості й науковості, в наукових журналах.

Оцінювання ефективності ПТАО для окремих осіб визначається певними показниками, а саме:

– зниженням кількості споживаного наркотику та інших ПАР і відмова від ін'єкцій;

– поліпшенням соматичного статусу, зменшенням соматичних ускладнень;

– поліпшенням психічного статусу, корекцією супутніх психічних розладів, у т.ч. непсихотичних;

– поліпшенням правових стосунків пацієнтів;

– придбанням навичок соціальної взаємодії;

– поліпшенням в сфері трудової зайнятості й професійної підготовки.

На економічну ефективність ПТАО впливають:

– зменшення кількості екстрених випадків госпіталізації;

– зменшення рівня поширення ВІЛ та інших інфекційних захворювань;

– зниження витрат з виплати соціальної допомоги;

– зменшення витрат у системі кримінального правосуддя.

– підвищення рівня суспільної безпеки, тобто зниження травматизму, ДТП, пожеж, що виникають з вини споживачів наркотиків тощо;

Економічні вигоди від впровадження ПТАО.

Деякі дослідження демонструють, що ефективність програм ПТАО проявляється у вигляді зниження на: 64,0 % випадків крадіжок майна;

54,0 % загальних випадків арешту; 63,0 % випадків арешту у зв'язку з наркотиками; 65,0 %

випадків відвідування пунктів надання невідкладної допомоги; 59,0 % випадків госпіталізації в стаціонари соматичного профілю; 55,0

% випадків психіатричної госпіталізації. Встановлено, що кожний долар, витрачений на лікування, дозволяє заощаджувати 4–5 доларів у

сфері боротьби зі злочинністю (карне правосуддя). 1991 року Департамент з питань залежності міста Нью-Йорк здійснив оцінку щорічних витрат на утримання людини з опіоїдною залежністю в Нью-Йорку без лікування. Виявилося, що витрати становлять: на вулиці - \$ 43 000, у в'язниці — \$ 43 000, у стаціонарних реабілітаційних програмах - \$ 11 000, у програмах ПТАО — \$ 2 400.

Деякі переваги лікування ПТАО не пов'язані безпосередньо із застосуванням препаратів. Програми лікування привабливі для пацієнтів самі по собі, тому що дозволяють їм підтримувати контакт з установами, які пропонують інші послуги, як-от обмін шприців, консультування, соціальні послуги тощо.

Підсумки досліджень різних варіантів ПТАО можна звести до кількох основних положень.

1. Програми ПТАО виявляють значну ефективність у зниженні частоти вживання нелегальних наркотиків, рівня кримінальної активності та рівня смертності серед СІН (у тому числі і від передозувань), а також у зниженні рівня ВІЛ-інфікування.

2. Тривале лікування більш ефективне, ніж короткі курси.

3. Низькі дози метадону призводять до підвищеного ризику вживання нелегальних наркотиків і рецидивів.

4. Більш ефективними виявляються програми, що поєднують ПТАО з широким спектром додаткових послуг (соціальна допомога, допомога психолога, консультування інших фахівців, полегшений доступ до інших видів медичної та соціальної допомоги).

5. Утримання клієнтів у програмі підтримувальної терапії метадоном становить 60-70 %, що значно вище від аналогічного показника в

безнаркотичних формах реабілітації (drug free programs).

6. Підтримувальне лікування помітно привабливіше для більшості СІН, ніж програми реабілітації, в основі яких лежать інші підходи.

7. ПТАО демонструє значну економічну ефективність, що перевершує всі інші види лікування. Це робить її доступнішою для максимальної кількості СІН навіть у країнах з обмеженими ресурсами.

Сама вартість препарату низька. Так, наприклад, вартість метадону для річного курсу лікування одного пацієнта може становити 80.100 доларів США. Однак ПТАО має і свої обмеження. Насамперед, сьогодні вона придатна лише для споживачів опіатів і неефективна у випадку залежності від інших наркотиків (кокаїну, амфетамінів, галюциногенів, барбітуратів). Повний аналіз економічної ефективності має відображати вплив ПТАО на відповідні медичні витрати. Обов'язковим у розрахунках економічної ефективності є розрахунок витрат на супутні захворювання, які пов'язані із опіоїдною залежністю (ВІЛ, гепатит, ендокардит, передозування, інфекції м'яких тканин тощо.). Ефективність ПТАО зростає залежно від тривалості участі пацієнта в програмі.

Економічні висновки: використовуючи методи аналізу економічної ефективності для оцінки вартості медичного обслуговування можна стверджувати, що розширення програм ПТАО потребує менших витрат, ніж інші поширені лікувальні програми (детоксикації та реабілітації). Зниження ризику зараження ВІЛ-інфекцією обумовлює економічну вигідність програм ПТАО, попри наявність у деяких пацієнтів побічного ефекту лікування.

Г.А. Приб¹, С.В.Дворяк²

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У НАРКОЗАВИСИМЫХ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ

¹Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, ²Украинский институт исследований политики общественного здоровья

В статье рассматриваются вопросы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции у наркозависимых, стратегии уменьшения вреда, экономическая эффективность поддерживающей терапии агонистами опиоидов в профилактике инфицирования ВИЧ и другими инфекциями. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 43-47).

Gleb Prib¹, Sergii Dvoriak²

**COMPLEX PREVENTION OF HIV-INFECTION AMONG IDUS AND ECONOMIC
EFFECTIVENESS OF OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT**

¹Ukrainian Research Institute on Social And Forensic Psychiatry and Substance Abuse Kyiv, ²Ukrainian
Institute on Public Health Policy

The article deals with issues of complex prevention of HIV-infection among IDUs, harm reduction strategy, and economic appropriateness and effectiveness of opioid substitution treatment in prevention of HIV and other infections. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 43-47).

Поступила в редакцию 14.02.2013

УДК 616.89-245.05-007-037

*I. С. Румкіс***РЕПЕРТУАР КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ, ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ОСОБИСТІСНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ТА РІВНЕМ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗІ ЗВИЧНИМ КУРІННЯМ І ІНІЦІАЛЬНИМ ЕТАПОМ ФОРМУВАННЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

УНДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: копінг-поведінка, студенти, тютюнопаління, особистісні особливості, звичне куріння, нікотинова залежність

Проблема емоційної дезадаптації та подолання стресу студентів ВНЗ України привертає все більшу увагу фахівців різних галузей медицини [1-3]. В останнє десятиліття значно розширився спектр чинників ризику, що порушують здоров'я студентів: важливу роль відіграють інноваційні системи навчання, зумовлені реформуванням вузівської освіти. Стратегія розвитку вищої професійної освіти України орієнтована на інтеграцію у світовий освітній простір відповідно до вимог Болонської Декларації та Міжнародної стандартної класифікації освіти, принципів і критеріїв Лісабонської Конвенції про визнання кваліфікацій з вищої освіти в європейському регіоні. Згідно Болонської Декларації визнання освітніх програм забезпечується введенням системи залікових одиниць або кредитів. Спостерігається насичення навчальних програм, інтенсифікація навчального процесу, що веде до великих перевантажень, збільшення часу перебування студентів у стінах, його дефіциту на самостійні навчальні заняття, порушення режим-

них моментів [2].

Напружений темп життя та навчання сучасної студентської молоді висуває підвищені вимоги до компенсаторних механізмів психіки, зрив яких призводить до виникнення стресу [3] та вживання психоактивних речовин, у тому числі нікотину [4]. Проблема функціонування особистості в динамічно мінливих умовах життя тісно пов'язана з поняттям психологічної адаптації чи процесом пристосування до вимог середовища, що в сучасній спеціальній літературі розглядається як копінг-процес або совладання зі стресом [5].

Рішення задач з психотерапії, та корекції тютюнопаління та тютюнової залежності неможливо без глибокого і всебічного вивчення структури психологічного захисту та його взаємовідношення з особистісними особливостями і рівнем стресостійкості студентів зі звичним палінням та ініціальним етапом формування нікотинової залежності, що робить це дослідження своєчасним й актуальним.

Матеріал і методи дослідження

В дослідженні прийняли участь 1500 студентів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і 1000 студентів Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Статус паління студентами оцінювався за такими параметрами: з метою виявлення наявності і ступеня виразності тютюнової залежності у курців молодих людей використаний тест Фагестрема [6], для уточнення мотивації куріння - методика дослідження типу курильної поведінки Д. Хорна (D. Horn, 1969) [7].

Психодіагностичне дослідження, спрямоване на вивчення особливостей репертуару копінг-стратегій, особистісних особливостей і рівня

стресостійкості у студентів зі звичним палінням та ініціальним етапом формування нікотинової залежності, проводилося нами з застосуванням «Опитувальника про способи копінга» (Lasarus RS, Folkman S., адаптація Л.П. Вассермана, 1988) [8], методики діагностики самооцінки Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л. Ханіна [8], особистісної шкали проявів тривоги (Дж. Тейлор, адаптація Т. А. Немчина) [9], методики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком і методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації за Холмсом і Page [8]. Статистична обробка результатів проводилася в пакетах статистичного аналізу MedStat (Ю.Є. Лях, В.Г. Гур'янов, 2004) [10], Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Результати та їх обговорення

В результаті проведеного дослідження встановлено, що 1449 студентів ($57,9 \pm 0,9\%$) Донецького національного медичного університету ім. М. Горького та Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова позитивно відповіли на питання про паління тютюну.

Паління у студентів представлено у двох різних клінічних різновидах: звичка до паління і початкова стадія формування тютюнової залежності. Так, звичка до паління ($51,4 \pm 1,3\%$ студентів) характеризувалася епізодичним, переривчастим і контрольованим характером споживання нікотину без явищ залежності. На початкових етапах формування нікотинової залежності у студентів ($48,6 \pm 1,3\%$) паління брало систематичний характер з появою бажання палити, зниженням здатності контролювати паління і підвищенням переносимості негативної дії нікотину, внаслідок чого зазначалося вживання все більшої кількості сигарет і / або перехід на більш міцні сигарети. Крім того, змінювався і стереотип паління - затягування сигаретного диму ставали глибокими і більш тривалими за часом.

Дослідження студентів, що палять свідчить про переважання поведінки, спрямованої на бажання отримати розслаблюючий ефект від куріння (у $72,1 \pm 1,5\%$ молодих людей домінував тип «Розслаблення»), що вказує на тісний взаємозв'язок тютюнопаління зі стресовими ситуаціями: студенти палять, щоб впоратися з роздратуванням, гнівом, подолати сором'язливість, знизити емоційну напругу, а також отримати підтримку і схвалення оточуючих. Крім того, практично половина респондентів ($49,5 \pm 1,7\%$) використовують паління і в якості підтримки при нервовому напруженні.

Дослідження ситуаційно-специфічних копінг-стратегій, що представляють собою актуальні відповіді особистості на повсякденні стресові ситуації, проводилися нами за допомогою «Опитувальника про способи копінга». Так, переважаючими стратегіями подолання стресу у студентів зі звичним палінням виявилися конструктивні копінг-стратегії: «Прийняття відповідальності» ($78,5 \pm 1,3\%$), що відображає певну ступінь зрілості і самостійності особистості; «Позитивна переоцінка» ($73,2 \pm 1,7\%$), яка підкреслює здатність особистості шляхом когнітивної переробки актуальною стресовій (негативної) ситуації побачити в ній позитивні сторони, знайти прийнятні способи існування в неприємних життєвих обставинах та «Плануван-

ня вирішення проблеми» ($63,8 \pm 1,1\%$).

У групі студентів з ініціальним етапом формування нікотинової залежності серед домінуючих виявилися неконструктивні дезадаптивні копінг-стратегії, а саме «Дистанціювання» ($83,4 \pm 1,3\%$ студентів), «Конфронтативний копінг» ($62,5 \pm 1,7\%$), а також «Втеча» ($57,6 \pm 1,9\%$), що відображає схильність до уявних прагнень і поведінкових зусиль, спрямованих на уникнення або втечу від вирішення проблем, а також показує прагнення до когнітивних зусиль по відділенню від ситуації і зменшенню її значущості. Використання «Конфронтативного копінга» у студентів з ініціальним етапом формування нікотинової залежності свідчить про наявність агресивних тенденцій, спрямованих на зміну ситуації, що припускає певну ступінь ворожості і готовності до ризику.

Менш популярною в репертуарі копінг-стратегій у студентів з ініціальним етапом формування нікотинової залежності є адаптивний копінг-механізм - «Пошук соціальної підтримки» ($17,8 \pm 3,3\%$), який передбачає і знаходить підтвердження у вітчизняних дослідженнях: подолання проблеми з допомогою зусиль у пошуку інформаційної та емоційної підтримки соціальних мереж. Виявлені нами копінг-стратегії «Самоконтроль» ($12,3 \pm 4,2\%$) і «Прийняття відповідальності» ($7,8 \pm 4,3\%$) у цієї групи студентів є також рідко використовуваними, що свідчить про зниження і перерозподілі активності студентів і схильності знімати з себе відповідальність у вирішенні своїх проблем.

Проведене нами дослідження механізмів подолання стресу підтверджує гіпотезу про те, що при існуванні достатньо широкого репертуару його механізмів, студенти зі звичним курінням переважно використовують адаптивні форми копінг-стратегії («Прийняття відповідальності», «Самоконтроль», «Планування вирішення проблеми», «Пошук соціальної підтримки»), які є успішними, і спрямовані на аналіз виниклих проблем і шляхів виходу з них, на підвищення самоконтролю і самооцінки, що підсилюють впевненість у можливості подолання з ситуацією загрози і психологічне благополуччя індивіда. Крім того, студенти зі звичним палінням найчастіше використовують проблемно-вирішальну поведінку в стресових ситуаціях, що веде до більш успішної адаптації.

Аналізуючи результати, отримані в групі студентів з ініціальним етапом формування нікотинової залежності виявлено, що вони вкрай

рідко використовують адаптивну копінг-стратегію «Планування вирішення проблеми» і відносно адаптивний копінг «Позитивна переоцінка», що, на нашу думку, обумовлено: низькою здатністю цих осіб до позитивної переоцінки ситуації з фокусуванням на зростанні власної особистості; неспроможністю до планування вирішення проблеми; низькою здатністю до мобілізації проблемно-орієнтованих зусиль щодо зміни ситуації. Переважання у репертуарі цієї групи студентів дезадаптивних копінг-стратегій, призводить не до розв'язання проблем, а до накопичення і поступової хронізації внутрішньої напруги, що сприяє загальному зниженню толерантності до стресу.

Нами був оцінений рівень реактивної та особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера-Ю. Л. Ханіна. Так, у більшості студентів із ініціальним етапом формування тютюнової залежності виявлено високі рівні як реактивної ($69,3 \pm 1,8\%$), так і особистісної ($62,9 \pm 1,6\%$) тривожності. Реактивна тривожність у студентів з початковими проявами нікотинової залежності проявлялася почуттям практично постійної напруги, неспокою і нервозністю, особистісна тривожність - виявлялася стійкою схильністю сприймати широке коло соціальних ситуацій як загрозливі, реагувати станом тривоги. Нами виявлена статистично значуща ($p \leq 0,001$) більша виразність як реактивної, так і особистісної тривожності у студентів з ініціальними проявами тютюнової залежності ($53 \pm 0,8$ і $49 \pm 0,6$ балів відповідно), ніж у студентів з звичним курінням ($41 \pm 0,4$ і $38 \pm 0,6$ балів відповідно).

Аналогічні тенденції виявлені при аналізі результатів, отриманих за допомогою особистісної шкали проявів тривоги. Так, у більшості ($72,5 \pm 1,3\%$) студентів, паління яких носило звичний характер, рівень тривоги відповідав середньому рівню з тенденцією до високого, у той час як у студентів з початковим етапом формування тютюнової залежності, рівень тривоги виявився значно вище і відповідав високому у $48,7 \pm 1,2\%$ осіб або дуже високому у $32,1 \pm 1,8\%$.

При дослідженні конституційно-обумовлених особливостей емоційного стану студентів за допомогою методики Г. Айзенка нами встановлено, що більшість обстежених молодиків з ініціальним етапом формування тютюнової залежності демонстрували високий рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, ніж особи зі звичним курінням ($p \leq 0,001$; $p \leq 0,03$; $p \leq 0,05$; $p \leq 0,006$, відповідно), що свідчить про

низький рівень адаптації.

Студенти, у яких нами виявлено формування нікотинової залежності, демонстрували недовірливість, вразливість, підвищену сприйнятливність до негативних життєвих подій, занепокоєння з приводу можливих невдач; фрустраційну агресію, яка була спрямована і на самих себе, і на оточуючих; нестриманість, труднощі у взаємодії з оточуючими, схильність до провокування конфліктних ситуацій, прагнення до лідерства, невміння прислухатися до думки співрозмовника; психологічний консерватизм і негнучкість особистості.

В групі студентів з ініціальними проявами тютюнової залежності ($60,5 \pm 1,3\%$) виявлено знижений рівень стресостійкості за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

З метою уточнення взаємозв'язку домінуючих копінг-стратегій з деякими конституційно-зумовленими особливостями студентів, які палять, нами був проведений кореляційний аналіз, який дозволив виявити достовірно значимі зв'язки між типом копінг-поведінки та рівнем стресостійкості, рівнем реактивної тривоги (РТ) і особистісної тривожності (ЛТ) за шкалою Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна, виразністю особистісної шкали проявів тривоги (Дж.Тейлор, адаптація Т.А.Немчина), показниками методики самооцінки психічних станів за Г.Айзенком, рівнем стресостійкості.

Так, виявлений значущий позитивний кореляційний зв'язок між виразністю тютюнової залежності на ініціальному етапі її формування у студентів і переважанням дезадаптивних копінг-стратегій («Дистанціювання» ($r=0,263$ при $p \leq 0,0005$), «Конфронтативний копінг» ($r=0,282$ при $p \leq 0,003$) і «Втеча» ($r=0,338$ при $p \leq 0,008$). Також нами були встановлені статистично значущі зв'язки між такими домінуючими стратегіями подолання стресу, як «Конфронтативний копінг» і високим рівнем тривожності ($r=0,384$ при $p \leq 0,032$) та високим рівнем агресивності ($r=0,412$ при $p \leq 0,003$) за методикою Г.Айзенка, високими показниками реактивної тривоги ($r=0,353$ при $p \leq 0,0015$) та особистісної тривожності ($r=0,582$ при $p \leq 0,045$) за Ч.Д.Спілбергером-Ю.Л.Ханіним, виразністю особистісної шкали проявів тривоги за Дж. Тейлором ($r=0,233$ при $p \leq 0,0018$); копінг-поведінка «Втеча» була кореляційно пов'язана з високим рівнем фрустрації ($r=0,183$ при $p \leq 0,036$) і низьким рівнем опірності стресу ($r=-0,138$ при $p \leq 0,002$).

Студенти зі звичкою до паління демонстру-

вали переважання адаптивних способів дола-
ння стресу - «Прийняття відповідальності», «Са-
моконтроль», «Планування вирішення пробле-
ми» та «Пошук соціальної підтримки», причо-
му такі стилі як «Прийняття відповідальності»
та «Пошук соціальної підтримки» були кореля-
ційно пов'язані з виразністю реактивної триво-
ги за Ч.Д.Спілбергером-Ю.Л.Ханіним ($r=0,331$
при $p \leq 0,0004$ і $r=0,331$ при $p \leq 0,0004$ відповід-
но); з високим рівнем тривожності ($r=0,321$ при
 $p \leq 0,000204$ і $r=0,131$ при $p \leq 0,003$ відповідно),
низьким рівнем агресивності ($r=0,279$ при
 $p \leq 0,0001$ і $r=0,247$ при $p \leq 0,0004$ відповідно) та
ригідності за Г.Айзенком ($r=0,534$ при $p \leq 0,0001$
і $r=0,331$ при $p \leq 0,0002$ відповідно); достатнім
рівнем опірності стресу ($r=0,167$ при $p \leq 0,02$
і $r=0,213$ при $p \leq 0,0004$ відповідно).

Встановлено, що для більшості студентів із
ініціальними проявами формування ніотинової
залежності характерні високий рівень тривож-
ності і фрустрації, які свідчать про низький
рівень адаптації обстежених молодих людей, а
паління в даному випадку виступає в ролі одно-
го з захисних (адаптогенних) механізмів.

Підвищення тривоги супроводжується наро-
станням внутрішньої напруги, необхідність ви-
ходу якого веде до задіяння психологічних за-
хисних механізмів (витіснення, заміщення, рац-
іоналізації, проєкції та ін.). Той факт, що сту-
денти з ініціальними проявами формування ні-
отинової залежності вкрай рідко використовують
адаптивні копінг-стратегії, свідчить про низьку
їх здатність до позитивної переоцінки стресо-
вих ситуацій, неспроможність в плануванні ви-
рішення проблеми і низьку здатність до мобілі-
зації проблемно-орієнтованих зусиль щодо зміни
ситуації. Переважання ж у репертуарі цієї групи
студентів дезадаптивних копінг-стратегій при-

зводить не до розв'язання проблем, а до накопи-
чення і поступової хронізації внутрішньої на-
пруги, що в свою чергу сприяє ще більшому зни-
женню опірності стресу та частішому палінню.

Таким чином, при існуванні достатньо ши-
рокого репертуару механізмів подолання стресу,
у студентів з ініціальним етапом формуван-
ня ніотинової залежності домінують дезадап-
тивні копінг-стратегії, спрямовані на уникнен-
ня від вирішення проблем, прагнення до відок-
ремлення від стресової ситуації зі зменшенням
її значущості на тлі низької здатності до позитив-
ної переоцінки ситуації та неспроможності
до планування вирішення проблеми і мобілізації
проблемно-орієнтованих зусиль щодо зміни си-
туації. Використання такого стилю поведінки як
«Конфронтативний копінг» свідчить про на-
явність агресивних тенденцій, спрямованих
перш за все на себе самих – тютюнопаління як
саморуїнування. Студенти ж зі звичним палін-
ням надавали перевагу адаптивним варіантам
вирішення проблем.

До особистісних характеристик, які обумов-
люють такий вибір студентами долаання стресу,
є, перш за все, їх низька толерантність до
зовнішніх впливів, високий рівень реактивної
тривоги та особистісної тривожності, фруст-
рації, агресивності зі схильністю до ризикованої
та саморуїнної поведінки, ригідності на
тлі низької стресостійкості, прагнення контро-
лю над станом тривожності з отриманням роз-
слаблюючого ефекту від паління, що провокує
його ініціацію та сприяє формуванню стійкої
звички до паління з подальшим розвитком ні-
отинової залежності. Отримані результати дослі-
дження нами використані при розробці системи
психотерапії, та корекції тютюнопаління та тютю-
нової залежності серед студентської молоді.

И.С. Рыткис

РЕПЕРТУАР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И УРОВНЕМ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ С ПРИВЫЧНЫМ КУРЕНИЕМ И НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Украинский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии

В статье приведены данные о доминирующих копинг-стратегиях у студентов с привычным курением и на инициальном этапе формирования никотиновой зависимости. Проведен анализ взаимосвязи предпочтительного стиля преодоления стресса и некоторых личностных особенностей студентов в зависимости от типа курительного поведения. Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 48-52.

**REPERTORY OF COPING-STRATEGIES AND THEIR RELATIONSHIP WITH
PERSONALITY CHARACTERISTICS AND STRESS TOLERANCE OF STUDENTS WITH
HABITUAL SMOKING AND WITH THE INITIAL STAGES OF FORMATION OF NICOTINE
DEPENDENCE**

Ukrainian research institute on social and forensic psychiatry and substance abuse

The paper presents data of the dominant coping-strategies in the students with habitual smoking and the initial stage of formation of tobacco dependence. There are analysis of relationship between the type coping behavior and some personality peculiarities in dependence of type of smoking behavior. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 48-52).

Література

1. Москова М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов в предэкзаменационный период / М. В. Москова // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена. Аспирантские тетради. — 2007. - № 20(49). — С. 136—141.
2. Карякина С. Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения / С. Н. Карякина // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. - 2010. № 2—3. С. 210—215.
3. Гаранян Н. Г. Стресс и эмоциональные нарушения у студентов младших курсов / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Я. Г. Евдокимова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. -2007. - № 2. - С. 38—42.
4. Лінський, І. В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Е. Б. Первомайський співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2. — С. 44—58.
5. Чехлатый, Е. И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики. / Е. И. Чехлатый //Обозр. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. -2006. - Т. 3.- № 2.- С. 78-82.
6. Fagerström K. Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerström // Addict Behav. — 1978. — P. 235-241.
7. Ikard, F. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. — 1969. — N. 4. — P. 649-659.
8. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 533 с.
9. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. - СПб., 2002. С.126-128.
10. Лях, Ю. Е. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко и соавт. // — Д.: Папакица Е.К., 2006. — 214с.

Поступила в редакцию 20.03.2013

УДК 616.89

*И.А. Бабюк, Б.Б. Ивнев, О.Є. Шульц, Н.В.Побережная, Л.А.Гашкова,
Г.М.Фирсова, О.П.Старущенко*

АДАПТОЛ И НООФЕН В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПИВНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького

Ключевые слова: пивной алкоголизм, подростки

По данным ВОЗ среди 30 стран Европы Украина является абсолютным лидером по количеству подростков и молодых людей, регулярно употребляющих алкоголь (в т.ч. пиво и слабоалкогольные напитки) [12]. По мнению ряда авторов, в возрасте 14 -16 лет до 76% подростков уже имеют опыт употребления алкоголя низкой крепости) [9]. С 1993 по 2003 гг. подростков (15 -16 лет), перенесших алкогольный психоз, увеличилось в 3,7 раза, молодых людей (17 -19 лет) – почти в 8 раз) [3]. Среди обратившихся за помощью к наркологам, примерно в 15 – 20% случаев диагностирован «пивной алкоголизм» [2,5]. За последние годы употребление пива в стране возросло в 40 раз) [12]. По данным специалистов, этому способствовали следующие факторы: высокая доступность напитка, разнообразие марок и широкий ассортимент с содержанием алкоголя от 5% и более, убежденность населения в безопасности пива, семейная предрасположенность, лояльное отношение в обществе и агрессивная телевизионная реклама [8].

Доказано, что систематическое употребление пива вызывает ускоренный тип течения алкогольной зависимости в среднем за 2-3 года, т.н. «пивной алкоголизм». Он проходит три закономерные стадии: психическую зависимость, затем физическую, на фоне которых формируется органический дефект личности со специфическими чертами – абстинентными психозами и последующей глубокой социальной дезадаптацией [1,6]. Ранний пивной алкоголизм характеризуется быстрым нарастанием изменений личности, напоминающим алкогольные энцефалопатии с дистрофией в головном мозге, иногда частично обратимыми при отказе от спиртосодержащих напитков. Постоянное потребление пива сказывается не только на психическом, но и соматическом здоровье человека. Регулярный повышенный объем жидкости увеличивает нагрузку на сердце, и почки, а содержащиеся в нем

соли тяжелых металлов (кобальт, кадмий, медь и др.) постепенно формируют состояние хронического отравления организма) [3]. Также соли кадмия нарушают обмен ряда необходимых микроэлементов, угнетают ферменты пищеварения и синтез ряда гормонов, негативно влияя на сперматогенез у мужчин, и также вызывают угрозу заболевания раком молочной железы у женщин. В пиве содержатся растительные аналоги женских половых гормонов, которые у юношей подавляют выработку метилтестостерона, что ведет к развитию вторичного гипогонадизма и копулятивной дисфункции). Наконец, пивной алкоголизм у молодых людей серьезно сказывается на учебе, трудоспособности, отношениях с родителями и окружающими, способствует делинквентному поведению в обществе [4].

Вышеизложенное делает очевидным актуальность поисковых решений в сфере лечения и профилактики состояний пивной зависимости у молодых людей. Особое внимание исследователей и практических врачей обращено к проблеме купирования симптомов отмены потребления пива (абстинентного синдрома) с последующим формированием состояния стойкой стабилизации [7].

Постабстинентное состояние, как ранний этап становления ремиссии, является критическим периодом, во время которого рецидив срыва наибольший. При этом в клинической картине преобладают недомогание, общая слабость, неустойчивое внимание, раздражительность, эмоциональная лабильность, различные проявления вегетативной гиперреактивности, так называемый «астенический симптомокомплекс» [11]. Эти нарушения с патологическим влечением к алкоголю в постабстинентном периоде нередко становятся основным содержанием психического дискомфорта, требующего неотложной коррекции [10].

Цель исследования – оценить безопасность и эффективность комплексного применения пре-

паратов – дневного транквилизатора Адаптола и ноотропа Ноофена в терапии постабстинент-

ных расстройств у больных пивным алкоголизмом при амбулаторном наблюдении.

Материал и методы исследования

Под амбулаторным наблюдением находилось 30 пациентов (21 юношей и 9 девушек) в возрасте от 17 до 20 лет, страдающих пивным алкоголизмом в течении 1 – 2 лет, на этапе постабстинентного состояния без явлений хронических соматических болезней, выраженных психических расстройств и органической церебральной патологии. У всех больных наблюдалась развернутая клиническая картина II стадии алкоголизма (F10.2), на что указывало: первичное патологическое влечение к пиву, утрата количественного контроля, максимальная толерантность к алкоголю, сформировавшийся развернутый алкогольный абстинентный синдром (ААС), заострение преморбидных личностных особенностей. У пациентов темп прогрессивности заболевания квалифицировался как средний, с постоянной формой злоупотребления пивом на фоне высокой толерантности. В структуре абстинентного синдрома отмечались типичные сомато – вегетативные и психопатологические расстройства. Степень тяжести ААС квалифицировалась как легкая у 18 пациентов и как средняя – у 12.

Длительность наблюдения составляла 30 дней с оценкой состояния на 1, 7, 15 и 30 сутки. Для оценки структуры выраженности расстройств и их редукции в динамике использовались стандартные психометрические шкалы: шкала тревоги Гамильтона (HAMA), шкала общего клинического впечатления (сgі, сg –s, сgі – і). С целью определения тяжести зависимости применялись тест скрининга алкогольной зависимости и тест Мотивационного напряжения к алкоголю В.Ю. Завьялова, визуальная аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю) []. Регистрировали соматические показатели – пульс, АД, ЭКГ, данные лабораторных анализов.

Результаты обрабатывались на PC ASUS Z99 со статистическим программным обеспечением для Windows XP.

С первого дня лечения назначали на фоне рациональной психокоррекции порошок Ноофен по 500 мг дважды, утром и днем, 750 мг на ночь; Адаптол (мебикар) по 600 -900 мг трижды в сутки, ежедневно, на протяжении одного месяца. При этом учитывали, основное ноотропное свойство Ноофена на антигипоксическом действии, улучшении ГАМК –эргической нейромедиатор-

ной передачи, повышении энергетических ресурсов, активации метаболических процессов, улучшении функциональных особенностей нейронов, что важно для эффективной адаптации и налаживания процесса обучения у молодых людей. Также, Ноофен, усиливая контролируемую функцию кортикальных структур над лимбическими и другими субкортикальными структурами, оказывает мягкое транквилизирующее действие, уменьшая напряженность, тревогу, страх, эмоциональную лабильность, раздражительность и плаксивость, нормализует сон. Сравнительные клинические исследования при лечении неврозоподобных состояний указывают на преимущества Ноофена перед диазепамом и пирарцетамом.

Адаптол является дневным транквилизатором с выраженной анксиолитической активностью, а также отсутствием побочных эффектов и высоким профилем безопасности. Механизм действия препарата обусловлен проникновением действующей субстанции через гемато –энцефалический барьер с последующим воздействием на структурно – функциональные элементы нейронов, преимущественно гипоталамуса и лимбической системы. Среди других выраженных клинических эффектов следует отметить вегетостабилизирующий, умеренный транквилизирующий без снижения скорости реакций, умеренный ноотропный, улучшение умственной и физической работоспособности при условии их снижения, антигипоксический, анальгетический и, как суммация вышеперечисленного, увеличение адаптогенной активности, антистрессовое и стрессоропротекторное действие. При этом Адаптол, в отличие от препаратов бензодиазепинового ряда, не оказывает миорелаксирующего эффекта, не угнетает сократительную функцию миокарда, не влечет нежелательных центральных эффектов: подавленности, вялости, сонливости, эмоционального безразличия, способствует налаживанию комплайн –эффекта. Прием препарата не накладывает ограничений на профессиональную деятельность человека, связанную с повышенной концентрацией внимания. Благодаря химической инертности, отсутствию образования активных метаболитов и кумуляции (90% введенной дозы выводится из организма в неизменном виде преимущественно с мочой на протяжении суток), клинически значимого

взаимодействия с другими препаратами, Адаптол может назначаться вне зависимости от фар-

макотерапии основного и сопутствующего заболевания.

Результаты исследований и их обсуждение

У наблюдаемых больных (n=30) выявились высокие показатели согласно Мичиганского теста-скрининга алкогольной зависимости (MAST) и теста мотивационного напряжения к алкоголю (МНА) В.Ю. Завьялова. Значение теста MAST колебались в пределах от 12 до 24 (в среднем 16,4 при минимальном значении 10 для подтверждения диагноза «алкоголизм».) Среднее значение МНА было 42 балла. В представленной выборке преобладание личностных мотивов над социальными коррелировало с высоким уровнем аффективной патологии и замедленной динамикой выздоровления. По шкале Гамильтона психическая тревога (12,8) примерно в 2 раза превалировала над соматической (7,8) с общей суммой баллов 20,6.

В процессе назначенного лечения препаратов Адаптол и Ноофен установлено следующее: С 3-4 го дня лечения у больных, находившихся в постабстинентном состоянии отмечалось снижение уровня тревоги, чувство внутреннего напряжения, раздражительности, плаксивости. К концу первой недели стабилизировался фон настроения, уменьшалась интенсивность проявлений идеаторного компонента патологического влечения к пиву, нивелировались проявления вегетативных расстройств. К 10-му дню терапии в целом у пациентов отмечалось по шкале тревоги Гамильтона снижение показателей на 60%, а к 3-4 неделе лечения – полностью купировались тревожные, депрессивные и вегетативные нарушения. (Рис1)

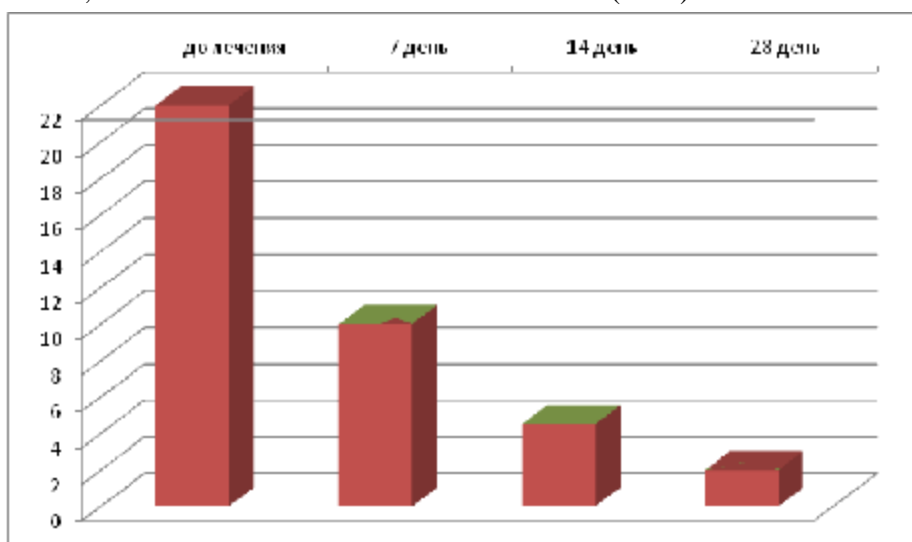


Рис. 1 Оценка эффективности Адаптола и Ноофена по шкале тревоги Гамильтона

При этом патологическое влечение к пиву и слабоалкогольным напиткам постепенно редуцировалось. Стабилизировались показатели АД и ЧСС.

Прямого снотворного действия при назначении Адаптола и Ноофена мы не выявили, однако все пациенты указывали на нормализацию ночного физиологического сна, чему способствовало купирование тревожной и дисфорической симптоматики. Положительная динамика позволяла с первых дней включать больных в психотерапевтический процесс (рациональная психотерапия, потенцирующая коррекция, гетеротренинг и т.п.) Терапевтический эффект Адаптола и Ноофена на стадии

формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов на фоне дезактуализации патологического влечения к алкоголю. Выраженных признаков лекарственной загруженности, дневной сонливости, замедленности психических и моторных реакций мы не наблюдали. При этом больные были достаточно общительными, бодрыми, деятельными, что позитивно сказывалось на их психотерапевтическом контакте с врачом, налаживанию отношений с родителями, включением в трудовую деятельность и учебный процесс. Объективная позитивация совпадала с субъективными ощущениями (Рис2.)

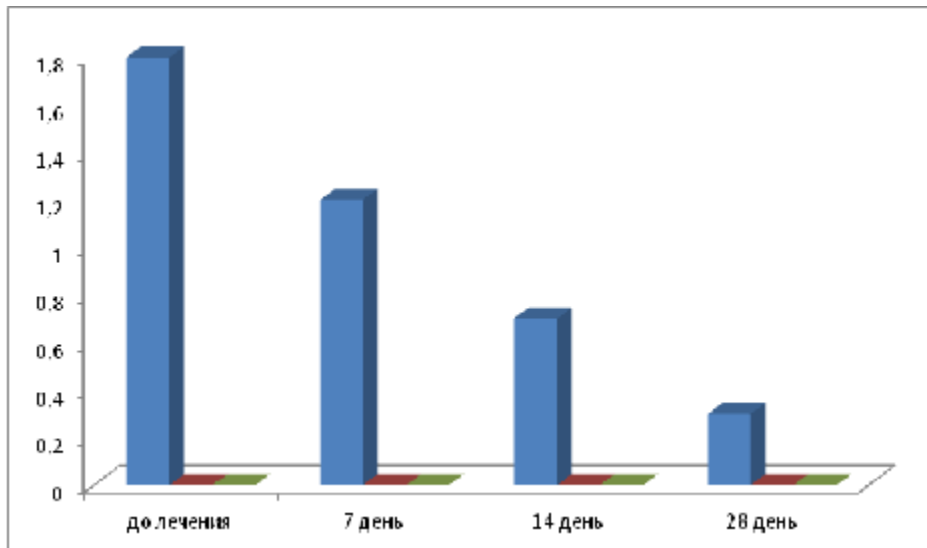


Рис 2. Оценка действия препаратов Адаптола и Ноофена по шкале общего клинического впечатления.

Исходная степень выраженности психотерапевтических проявлений по шкале *sgi-s* оценивалась как «средняя» у 21 пациента и как «легкая» - у 9. На момент окончания лечения (через 30 дней) по *sgi-s* состояние полностью «нормализовалось» у 27 больных. В дальнейшем наблюдаемые переводились на амбулаторное наблюдение (Адаптол по 500 мг/сутки и порошок Ноофен по 500 мг 2 раза в день. На фоне приема препаратов явлений интоксикации и других выраженных побочных эффектов не наблюдалось, случаев привыкания не было. В последующие 6 месяцев рецидивов у больных не наблюдалось.

Данный «Способ лечения абстинентного синдрома у лиц молодого возраста, страдающих пивным алкоголизмом» оформлен как рацпредложение №1/12 от 15.06.12г по ИНВХ НАМН Украины.

Выводы.

Основные направления действия Адаптола и Ноофена в лечении абстинентного синдрома у лиц молодого возраста, страдающих пивным алкоголизмом – анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Ноофен также способен достаточно быстро восстанавливать сон, купировать астеническую симптоматику. Комбинированное назначение препаратов не вызывает дневной сонливости, не влияет на работоспособность и концентрацию внимания. При их применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания.

Полученные результаты позволяют рекомендовать комбинированное назначение Адаптола и Ноофена на фоне рациональной психотерапии как достаточно эффективный и безопасный метод лечения абстинентного синдрома у лиц молодого возраста, страдающих пивным алкоголизмом.

І.О. Бабюк, Б.Б.Івнєв, Ю.Є.Шульц, Н.В.Побережна, Л.А.Гашикова, Г.М.Фірсова, О.П. Старущенко

АДАПТОЛ І НООФЕН У ЛІКУВАННІ ПОСТАБСТІНЕНТНОГО СИНДРОМА У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ПИВНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Представлено дані про вивчення безпеки та ефективності препаратів Адаптол і Ноофен «Olfa» у 30 молодих пацієнтів з пивною залежністю. Відзначена висока ефективність та безпека препаратів в корекції тривожного настрою, зниження когнитивного, соматизованого та поведінкового рівней тривоги, зменшення патологічного потягу до алкоголю. Адаптол та ноофен рекомендовано до застосування хворим на етапах становлення та підтримки ремісії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 53-57).

ADAPTOL AND NOOFEN IN TREATMENT OF POSTABSTINENT SYNDROME IN YOUNG PATIENTS WITH A BEER ADDICTION

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

The authors submit data about clinical research on study of efficiency of a preparations Adaptol and Noofen at 30 young patients with beer addiction treating by ambulance. The high efficiency and safety of a preparations for treatment of the given category of the patients is worked, the authentic positive answer to treatment was observed one week of application of a preparations, including disturbing mood, appreciable reduction of cognitive, somatic and behavior of levels of anxiety. Medicine were recommended for this group of patients on the stage forming and supporting remission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 53-57).

Литература

1. Артемчук А.П. Клінічні, пара клінічні та терапевтичні аспекти сучасних форм алкоголізму// Архів психіатрії. – 2000. - №1 -2(20-21). –С.55 -59.
2. Бабюк І.А.,Медведева Е.В.,Кононенко І.Н. Клиника алкогольного делирия в молодом возрасте// Український вісник психоневрології. -2002.-Т.10. –Вип(30). –С.247.
3. Бабюк І.А., Побережная Н.В., Табачников А.Е. Медико-социальная проблема злоупотребления пивом лицами молодого возраста// Архив психиатрии. – 2010. -№4(63). –С.53 -57.
4. Бабюк І.А., Сосин І.К., Калиниченко О.Б и др. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков. –Д. –Х.:Донеччина, 2004. -192с.
5. Базыльнич С.В., Копытов А.В. Профилактика употребления психоактивных веществ в учреждениях образования// Психиатрия, психотерапия» клиническая психология». -2012. -№2(08). – С.131-141.
6. Гусейнов Ф.С. Социально –психологические и клинические аспекты формирования влечения к алкоголю у подростков:Автореф.дис.канд.мед.наук. – М. -1991. -22с.
7. Иванец Н.Н., Анохина И.П. Актуальные проблемы алкоголизма //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. -№3. – С.99-105.
- 8.Лавренева Г.В. Пиво и здоровье. –СПб: Диалог,2001. -112с.
- 9.Новикова Г.А. Особенности пивной алкоголизации среди учащихся образовательных школ// Биол.СГМУ. – Архангельск. - 2007. -№1. –С.113.
10. Нулер Ю.П. Тревога и ее терапия //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. -№4. –С.35-37.
11. Тарасевич Е.В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями// Психиатрия, психотерапия» клиническая психология». -2012. -№2(08). – С.123-130
12. Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries// The 1999 ESPAD Report: Stockholm. -2000. -362p.

Поступила в редакцию 12.02.2013

УДК 616.89 – 008.441.13 – 036.66 + 613.86

*И.М. Сквиря***ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В КОМПЕНСИРОВАННОЙ РЕМИССИИ И В РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ**

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, механизмы психологической защиты

В процессе формирования ремиссии при алкогольной зависимости пациенту постоянно приходится сталкиваться с психотравмирующими ситуациями, связанными как с разрушением привычных алкогольных стереотипов жизни и формированием новых, так и с необходимостью приспособления, адаптации к сложному микро- и макросоциальному миру [1, 2]. Психическая дезадаптация под влиянием социальной фрустрированности или социально стрессовых расстройств, а также дезадаптация при переходе из состояния «болезни» в состояние ремиссии, может с высокой вероятностью привести пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) к расстройствам адаптации [3], другим рецидивоопасным клиническим ситуациям (РОКС) и к рецидиву алкогольной зависимости [4].

В этих процессах играют чрезвычайно роль механизмы индивидуальной переработки стрессов и психологической защиты (МПЗ), действующие в подсознании в ситуации стресса, искажая или фальсифицируя действительность с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизации психики и поведения [5, 6].

В настоящее время психологи выделяют два уровня МПЗ. Первый называют уровнем «перцептивной» защиты, проявляющийся в увеличении порога чувствительности к негативной информации (при несоответствии поступающей информации ожидаемой), а также ее вытеснении, подавлении или отрицании. Второй уровень защиты обеспечивает адаптацию к негативной информации за счет ее перестройки (проекция, изоляция, интеллектуализация) и переоценки-искажения (рационализация, реактивное образование, фантазирование) [7].

Считается, что МПЗ формируются в онтогенезе на основе взаимодействия генотипических свойств с индивидуальным, конкретно-историчес-

ким опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре, становясь довольно устойчивым свойством личности [5, 6, 7, 8].

В последние десятилетия в научной литературе все более обращают внимание на то, что МПЗ представляют собой бессознательный процесс, они не совершенны и большинство из них не конструктивны [8]. Недостаточное осознание событий, переживаний и ощущений, которые причинили бы человеку боль при их осознании, позволяет ПАЗ долгое время сохранять спокойствие и не тревожиться по поводу связанных с алкоголизацией проблем. При этом, ограждая личность ПАЗ от внутреннего конфликта, МПЗ лишают человека возможности осознания происходящих с ним перемен, что способствует хронизации болезни и позднему обращению за помощью [5, 8]. Установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью могут срабатывать самые различные МПЗ, однако каждый раз в качестве ведущего механизма психологической защиты выступает преимущественно одна из них, беря на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний [8].

И тут данные о структуре МПЗ у пациентов с алкогольной зависимостью неоднозначны и мало изучены. Есть наблюдения о преобладании у пациентов с алкогольной зависимостью МПЗ «проекция» [9], в других исследованиях — «отрицание» и подчеркивается также меньшая выраженность и функциональная неразвитость механизма «компенсация» в условиях, когда весь спектр компенсирующих действий заменяется употреблением алкоголя [8].

Остаются неизученными особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной ремиссии и возникновении РОКС ремиссионного периода.

Цель исследования — изучить механизмы

психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования

терапевтической ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях.

Материал и методы исследования

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения, согласно принятых в наркологии стандартов [2, 10, 11], трехэтапного лечения были включены 76 мужчин с АЗ (шифр F 10.200-202 по критериям МКБ-10 [2, 5]) в возрасте от 27 до 55 лет. Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза. Все пациенты были разделены на три подгруппы сравнения. Первые две подгруппы находились в качественной ремиссии (без клинически выраженных РОКС) соответственно на этапе становления (I подгруппа, n=28) (воздержание от употребления алкоголя 1–6 месяцев, F 10.200) и установившейся (II подгруппа, n=25) (воздержание от употребления алкоголя 13–72 месяца, медиана 34 месяца, F 10.202) ремиссии. III подгруппа состояла из 23 пациентов, у которых после длительного периода (от 13 до 64 месяцев, медиана 32 месяца) компенсированной ремиссии (ремиссии без явных клинических РОКС) был констатирован факт обращения к наркологу для противорецидивного лечения в связи с жалобами на РОКС.

В ходе выполнения работы применены психопатологический и экспериментально-психологический методы. Механизмы психологической защиты мы изучали по методике «Life style index» (Plutchik R., Kellerman H., в адаптации Л.И. Вассермана) [8], в которой выделены восемь основных МПЗ.

«Отрицание». Это МПЗ, при котором личностью отрицаются очевидные для окружающих, негативные для больного аспекты реальности (чувства, мысли, поступки).

«Вытеснение» (подавление) — это МПЗ, посредством которого неприемлемые для личности импульсы (желания, мысли, чувства), вызывающие тревогу, становятся бессознательными. При этом вытесненные (подавленные) импульсы, удаляясь из сознания, тем не менее, сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты, которые могут проявляться в невротических и психосоматических симптомах.

«Регрессия». В классических представлениях «регрессия» рассматривается как МПЗ, по-

средством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо, это возвращение в условиях стресса к онтогенетически более ранним или менее зрелым типам поведения.

«Компенсация». Иногда компенсация проявляется тем, что личность ищет замену реально-го или воображаемого недостатка путем фантазирования, присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности без анализа и переструктурирования. Другим проявлением компенсаторных защитных механизмов может быть ситуация преодоления фрустрирующих обстоятельств сверхудовлетворением в других сферах жизни. Такая компенсация, порой гиперкомпенсация, может быть продуктивной и полезной как для личности, так и для общества.

«Проекция». В основе проекции лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности собственные чувства и мысли приписываются другим людям. Это могут быть социально мало одобряемые чувства и свойства, например агрессия, недоброжелательность, аморальные стремления, которые, приписываясь другим, как бы оправдывают эти черты в самой личности.

«Замещение». Это распространенная форма защиты, действие которой проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели.

«Интеллектуализация». Этот механизм защиты проявляется в пресечении негативных переживаний, вызванных неприятной ситуацией, при помощи логических аргументов и манипуляций, даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта. Так, оказавшись в ситуации конфликта, человек защищает себя от его негативного

действия путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших этот конфликт.

«Реактивные образования». При этом МПЗ личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестоко-

сти или эмоциональному безразличию.

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная усредненная выраженность механизмов индивидуальной переработки стресс-

сов и психологической защиты по тесту [8] у пациентов трех подгрупп представлена табл. 1

Таблица 1

Сравнительная выраженность механизмов психологической защиты в I, II и III подгруппах

Механизмы психологической защиты	Подгруппы пациентов		
	I, n=28	II, n=25	III, n=23
	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$
Отрицание	84,20±13,68	75,93±21,85	68,43±29,25
Подавление	60,90±8,14	54,82±31,30	61,71±21,25
Регрессия	67,51±30,64	54,82±33,10**	73,29 ±18,36
Компенсация	53,40±31,37*	69,50±23,83	71,00±25,92***
Проекция	78,19±18,75	66,07±30,82	60,14±32,39
Замещение	57,40±25,24	53,93±29,77**	75,00±14,14
Интеллектуализация	77,20±20,08	73,22±19,08	66,00±28,52
Реактивные образования	81,79±16,68*	61,14±26,14	63,71±28,18

Примечание. Статистически значимые отличия ($p<0,05$): * I и II подгрупп; ** — II и III подгрупп; *** — III и I подгрупп.

Как следует из таблицы, в начале формирования терапевтической ремиссии (I подгруппа) характерными являлись такие МПЗ как «отрицание», «реактивные образования», «проекция» и «интеллектуализация», а статистически значимо реже них ($p<0,001$) встречался МПЗ «компенсация».

По сравнению с I подгруппой во II-й семь МПЗ уменьшались в выраженности ($p<0,01$) и только «компенсация» вырастала из 53,40±31,37 баллов до 69,50±23,83 баллов ($p<0,05$) и становилась стабильной психологической чертой пациентов с компенсированной ремиссией, сохраняющейся даже в рецидивоопасных ситуациях (71,0±25,92 баллов) (табл.).

При возникновении на фоне ремиссии РОКС (III подгруппа) у лиц с алкогольной зависимостью структура МПЗ была следующей (в порядке убывания частоты использования): «замеще-

ние», «регрессия», «компенсация», «отрицание», «интеллектуализация» «реактивные образования», «подавление» и «проекция». При сравнении МПЗ в РОКС и в ремиссии (табл.) видно, что большинство МПЗ меняются мало ($p>0,05$). В РОКС увеличиваются, в сравнении с пациентами в компенсированной ремиссии, «замещение» с 53,93±29,77 баллов до 75,0±14,14 баллов ($p=0,007$) и «регрессия» с 54,82±33,10 до 73,29±18,36 баллов ($p<0,05$). Рост использования такого МПЗ как «замещение» в РОКС клинически проявлялся в разрядке подавленных эмоций (в частности, связанных с актуализацией у пациентов влечения к алкоголю) на доступных объектах, чаще всего, своих близких (раздражительность, вплоть до дисфории, агрессия). А рост выраженности в РОКС МПЗ «регрессия» проявлялся возвратом к онтогенетически более древним и менее зрелым способам поведения,

что в обоих случаях повышало риск срыва и рецидива алкогольной зависимости.

Таким образом, впервые исследованы особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и при возникновении на ее фоне рецидивоопасных клинических состояний. Установлено, что вначале терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерными являлись такие механизмы психологической защиты как «отрицание», «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и реже всех встречался «компенсация». По мере формирования компенсированной ремиссии большинство механизмов психологической защиты использовались пациентами с алкогольной зависимостью все реже, и только использование такого механизма как «компенсация», становившейся стабильной чертой пациентов с установившейся компенсированной ремиссией, учащалось ($p < 0,05$). При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью

происходил значимый рост использования механизмов психологической защиты «замещение» ($p < 0,01$) и «регрессия» ($p < 0,05$).

Заключение

По мере формирования компенсированной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью наблюдается уменьшение ($p < 0,01$) использования непродуктивных и рост ($p < 0,05$) использования относительно продуктивных (компенсация) механизмов психологической защиты. При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций, несмотря на стабильность выработанной в ремиссии компенсации, наблюдается статистически значимый ($p < 0,05$) возврат к использованию онтогенетически более древних бессознательных способов поведения, непродуктивных механизмов психологической защиты. Поэтому, в процессе реабилитации лиц с алкогольной зависимостью следует развивать их компенсаторные возможности, но не полагаться на бессознательные механизмы психологической защиты, а готовить пациентов к сознательному преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

І.М. Сквира

ИНДЕКС ЖИТТЄВОГО СТИЛЮ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В КОМПЕНСОВАНИЙ РЕМІСІЇ ТА В РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ

Гомельский державний медичний університет, Гомель, Білорусь

Встановлено, що в процесі формування компенсованої ремісії зростає використання механізму психологічного захисту (МПЗ) «компенсація» і зменшується використання всіх інших МПЗ ($p < 0,01$), а в рецидивонебезпечних клінічних ситуаціях частіше використання МПЗ «заміщення» ($p < 0,01$) і «регресія» ($p < 0,05$). У процесі реабілітації осіб з алкогольною залежністю слід розвивати їх компенсаторні можливості і формувати готовність до свідомого подолання рецидивонебезпечних ситуацій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 58-62).

Ivan M. Skvira

LIFE STYLE INDEX IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN COMPENSATED REMISSION AND IN RELAPSE-DANGEROUS CLINICAL SITUATIONS

Gomel State Medical University

Found that in the process of increasing the use of compensated remission psychological defense mechanism (PDM) "compensation" and reduced the use of all other PDM ($p < 0,01$), and in situations relapse-dangerous quickens the use of PDM "substitution" ($p < 0,01$) and "regression" ($p < 0,05$). Conclusions. In the process of rehabilitation of persons with alcohol dependence should develop their compensatory abilities and willingness to form a conscious overcoming relapse-dangerous clinical situations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 58-62).

Литература

1. Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 856 с.
2. Артемчук А.Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А.Ф. Артемчук, И.К. Сосин, Т.В. Чернобровкина. — Под ред. Т.В. Чернобровкиной. — Харьков: Коллегиум, 2013. — 1148 с.
3. Дубинина, Л.А. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в состоянии ремиссии / Л.А. Дубинина, Е.М.

Крупницкий, О.Ф. Ерышев, И.О. Борко // Ученые записки СПб.-го государственного университета им. Акад. И.П. Павлова. І СПб., 2008. І Том 15, № 1 (приложение). І С. 131.

4. Сквира І.М. Психогенія в генезі срывів і рецидивів при алкогольної залежності / І.М. Сквира // Матер. наук.-практ. конф. з міжн. участю, присв. 150-ю курорту «Березовські мінеральні води» та 50-ю кафедри психотерапії ХМАПО: «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження» (15 Платонівські

читання). За ред. проф. Б.В. Михайлова. — Харків, 2012. — Т.2. — С. 235–236.

5. Бехтель, Э.С. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма / Э.С. Бехтель // Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. 1 Вып. 2, Т. 84. 1 С. 244"248.

6. Lazarus, R.S. Coping and adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. 1 N.Y.: Guilford, 1984. 1 P. 282"325.

7. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Coute // In: E. Isard "Emotions in personality and psychopathology". 1 N-Y., 1979. 1 P. 229"257.

8. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова,

Н.Н. Петрова [и др.]. Пособие для врачей и психологов. 1 СПб., 1999. 1 49 с.

9. Чернявская И.Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И.Ю. Чернявская // «Психалогия». 1 Минск, 2010. 1 № 4. 1 С. 24"28.

10. Мінко О.І. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин: Посібник для лікарів / О.І. Мінко, І.В. Лінський, О.С. Самойлова, О.О. Мінко, І.О. Шараневич // Харків: Пляда, 2009. — 108 с.

11. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами / Приказ МЗ РБ 31 декабря 2010 № 1387: Учреждение-разработчик: ГУ «РНПЦ психического здоровья». — Минск: ИЧУП «Профессиональные издания», 2011. — 374 с.

Поступила в редакцию 21.02.2013

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

*О. М. Царенко***ВЗАЄМОВПЛИВ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ, ОСОБИСТІСНИХ, МІЖОСОБИСТІСНИХ ТА СЕРЕДОВИЩНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: госпітальна дезадаптація в умовах примусового лікування, хворі на параноїдну шизофренію

У системі попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих провідне місце належить примусовому лікуванню, а організація лікувально-реабілітаційної роботи в цих умовах вимагає комплексного, системного походу [1].

Більше половини пацієнтів, які перебувають на примусовому лікуванні після вчинення ними суспільно небезпечних дій, страждають на шизофренію. Своєрідність цих пацієнтів обумовлена концентрацією багатьох проблем: вираженості продуктивної і/або негативної психопатологічної симптоматики, проявів нейрокогнітивного дефіциту, розвитку різних видів терапевтичної резистентності, наявності поліморбідних станів, агресивності, відсутність комплаєнсу [2].

Ускладнюють проблему лікування глибока дезадаптація пацієнтів, що розвивається як реакція на тривалу ізоляцію, а також специфічні особистісні особливості. Сам факт примусового лікування, що призводить до багаторічної ізоляції, відіграє негативну роль у цій дезадаптації як джерело стресу і конфліктів. До того, у більшості випадків спостерігається відмова родичів від спілкування з хворим, що трапляється на тлі вираженої стигматизації [3].

Специфіка лікування хворих на шизофренію в умовах примусового лікування визначається не тільки їх клінічними, соціальними та психологічними особливостями, а й рядом інших факторів, серед яких найбільш значимими є наступні: • переважання хворих, резистентних до фармакотерапії; • некомплаєнтність пацієнтів; • питома вага екзогенних факторів в анамнезі хворих: патологічна залежність від психоактивних речовин (чай, нікотин, алкоголь, наркотики), органічне ураження ЦНС (найчастіше черепно-мозкові травми) і їх поєднання; • наявність у пацієнтів нейрокогнітивних порушень; • наявність госпіталізму, що потенціює формуван-

ня вторинної негативної симптоматики; • перебування в одному відділенні хворих з асоціальними формами поведінки, соціальної дезадаптацією і дефіцитом соціальних навичок; • тривалість примусового лікування, яка значно перевищує курс терапії, необхідний для досягнення власне клінічного ефекту.

Вищевикладені чинники диктують необхідність диференційованого підходу до створення реабілітаційних програм для пацієнтів з шизофренію, які отримують лікування в примусових умовах.

З огляду на вищенаведене, з метою пошуку наявності взаємозв'язків між чинниками розвитку явища госпітальної дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію, які знаходяться в умовах примусового лікування, як підґрунтя для подальшої розробки заходів її психосоціальної корекції і профілактики, протягом 2010 – 2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих з посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні №2, нами здійснено комплексне обстеження 118 пацієнтів з діагнозом параноїдної шизофренії, що перебували на примусовому лікуванні.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10. Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ–10 “Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ” (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та “Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів” (PANSS) [4]. Соціальне функціонування досліджувалось за допомогою блока 3 Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment

Scale), яка оцінює внутрішньолікарняне функціонування пацієнта [5]. Оцінка клінічних форм госпіталізму чинилася з допомогою однойменної стандартизованої клінічної шкали, розробленої під керівництвом проф. В. А. Абрамова [6], міжособистісних стосунків хворих – за однойменним опитувальником (розробка В. Шутца в адаптації А. А. Рукавішнікова) [7]. Визначення типу терапевтичного середовища здійснювалось за допомогою методики, розробленої проф. Л. Ф. Шестопаловою і В. А. Кожевніковою [8].

За результатами проведеного комплексного аналізу досліджено взаємозв'язки чинників ризику та антиризиків розвитку госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування (ГДПЛ). Відокремлені взаємозв'язки розподілені у три групи за ступенем вираженості ГДПЛ:

1. Перший ступінь. Чинники ризику виражені слабо, не впливають на загальне функціонування у стаціонарі, проте, їх наявність свідчить про необхідність їх постійного діагностичного моніторингу. Захисні – стримуючі чинники антиризиків розвитку ГДПЛ – міцні, не мають «порушень внутрішньоструктурних елементів», тобто у повній мірі виконують свої функції та не потребують психокорекційного втручання.

2. Другий ступінь. Чинники ризику виражені значно, впливають на загальне функціонування у стаціонарі, знижуючи його, їх наявність свідчить про необхідність застосування психокорекційних заходів та постійного діагностичного моніторингу з метою їх профілактики. Захисні – стримуючі чинники антиризиків розвитку ГДПЛ – послаблені, мають «порушення внутрішньоструктурних елементів», тобто у повній мірі не виконують свої функції та потребують психокорекційного втручання.

3. Третій ступінь. Чинники ризику дуже значно виражені, порушують загальне функціонування у стаціонарі, значно знижуючи його, їх наявність свідчить про необхідність застосування психокорекційних заходів та перегляду психофармакотерапевтичного лікування, необхідний їх постійний моніторинг з метою недопущення розвитку тяжких – «безповоротних» форм ГДПЛ (виражені дисфункції самообслуговування). Захисні – стримуючі чинники антиризиків розвитку ГДПЛ – значно послаблені, мають «виражені порушення внутрішньоструктурних елементів», тобто повністю не виконують свої функції щодо адаптації та підтримки необхідних, мінімальних навичок існування, потребують «кризового» психокорекційного втручання.

Із прогностичною метою відокремлено вплив клініко-психопатологічних, особистісних, міжособистісних та середовищних чинників, які впливають на ступінь вираженості ГДПЛ. У табл. 1 представлені основні клініко-психопатологічні чинники, які впливають на ступінь вираженості ГДПЛ у хворих (тіснота кореляційного зв'язку показників: « \cdot » зв'язок не встановлено; «+» “ 0,6”069 (вірогідний вплив); «++» “ 0,70”0,79 (вагомий вплив); «+++» “ 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)).

Як видно з даних табл. 1, дуже вагомий вплив оказували значущі клініко-психопатологічні чинники, які приймали участь у формуванні ГДПЛ. До них віднесено:

1. Перший ступінь ГДПЛ: депресивно-параноїдний та астенічний синдроми, стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, епізодичний із прогресивним тип перебігу, збудження у вираженому ступені прояву, пасивно-апатичний соціальний відхід, значно виражений ступінь негативних синдромів, напруга, труднощі концентрування уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, вольові порушення, порушення соціальної активності, виражений та значно виражений ступінь проявів загально-психопатологічних синдромів, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними та юридичними обставинами ($p < 0,05$).

2. Другий ступінь ГДПЛ: вік 31-40 рр. із епізодичним з стабільним дефектом, вік 51-60 рр. з епізодичним з прогресивним перебігом, депресивно-параноїдний та астенічний синдроми, галюцинаторно-параноїдний синдроми, стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, безперервний тип перебігу, епізодичний із прогресивним тип перебігу, епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом, марення, підозрілість-переслідування, прояви ворожості, помірний та виражений ступінь проявів позитивних синдромів, сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення, виражений та значно виражений ступінь проявів негативних синдромів, напруга, труднощі концентрування уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, вольові порушення, порушення соціальної активності, виражений та значно виражений ступінь проявів загально-психопатологічних синдромів, проблеми пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними та юридичними обставинами ($p < 0,05$).

Результати аналізу парної кореляції клініко-психопатологічних чинників у досліджених за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості ГДПЛ

Чинники / Показники	Ступінь ГДПЛ		
	1	2	3
Вік 31-40 рр. із епізодичним з стабільним дефектом	+	++	+++
Вік 51-60 рр. з епізодичним з прогредієнтним перебігом	+	++	+++
Депресивно-параноїдний та астенічний синдроми	+++	++	+
Галюцінаторно-параноїдний синдроми	+	+++	+
Параноїдний та депресивний синдроми	+	+	+++
Стійкість синдромів / стабільність клінічної картини	+++	+++	+++
Безперервний тип перебіг	+	++	+++
Епізодичний із прогредієнтним тип перебігу	+++	++	+
Епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом	+	+++	+
Позитивні синдроми (PANSS):			
Збудження	+++	+	+
Марення	+	+++	+
Підозрілість-переслідування	+	++	+++
Прояви ворожості	+	+++	+
Ступінь вираженості позитивних синдромів			
Помірний	+	++	+++
Виражений	+++	+++	+++
Негативні синдроми (PANSS):			
Сплющення афекту	+	++	+++
Емоційна відгородженість	+	++	+++
Пасивно-апатичний соціальний відхід	+++	++	+++
Стереотипність мислення	+	++	+++
Ступінь вираженості негативних синдромів:			
Виражений	+	++	+++
Значно виражений	+++	++	+
Загально-психопатологічні синдроми (PANSS):			
Напруга	+++	++	+
Труднощі концентрування уваги	+++	++	+
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	+++	++	+
Вольові порушення	+++	+++	+++
Порушення соціальної активності	+++	++	+
Ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів:			
Виразний	+++	++	+
Значно виразний	+++	++	+
Контекстуальні чинники:			
Проблеми пов'язані з: первинною підтримкою оточуючих	+++	+++	+++
Певні психосоціальні обставини	+++	+++	+++
Юридичні обставини	+++	+++	+++

3. Третій ступінь ГДПЛ: вік 31-40 рр. із епізодичним перебігом зі стабільним дефектом, вік 51-60 рр. з епізодичним та/або прогредієнтним перебігом, параноїдний та депресивний синдроми, стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, безперервний тип перебігу,

підозрілість-переслідування, помірний та виражений ступінь проявів позитивних синдромів, сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення, виразний ступінь проявів негативних синдромів, вольові порушення, про-

блеми пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними та юридичними обставинами ($p < 0,05$).

Особистісні, міжособистісні та середовищні чинники оцінювалися із позиції не лише виявлення їх у діагностичному сенсі, а, у більшому ступені, із метою їх використання у психокорекційних програмах як мішеней терапії на психо-

соціальному та соціальному рівні функціонування пацієнтів. У табл. 2 представлені основні особистісні, міжособистісні та середовищні чинники, які впливали на ступінь вираженості ГДПЛ (тіснота кореляційного зв'язку показників: « r » зв'язок не встановлено; « $+$ » “ 0,6”069 (вірогідний вплив); « $++$ » “ 0,70”0,79 (вагомий вплив); « $+++$ » “ 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)).

Таблиця 2

Результати аналізу парної кореляції особистісних, міжособистісних та середовищних чинників, які впливали на ступінь вираженості ГДПЛ

Чинники / Показники	Ступінь ГДПЛ		
	1	2	3
Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності			
Поведінка у палаті	+	++	+++
Думка медсестер або родичів	+	+	+
Заняття пацієнта	+	++	+++
Контакт з зовнішнім світом	++	++	++
Ступень дисфункції (Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності)			
Очевидна	+	++	+++
Серйозна	+++	++	+
Дуже серйозна	+	+++	+
Фази формування синдрому госпіталізму			
фаза окремих симптомів	+++	+	+
фаза формування синдрому	+++	++	+
фаза сформованого синдрому	+	++	+++
Міжособистісні стосунки			
Залученість - шкала Ie (поведінка індивіда)	+++	++	+
Залученість – шкала Iw (поведінка індивіда очікувана оточуючими)	+	+	+
Контроль - шкала Ce (поведінка індивіда)	+++	++	+
Контроль - шкала Cw (поведінка індивіда очікувана оточуючими)	+++	+++	+++
Афект - шкала Ae (поведінка індивіда)	+++	++	+
Афект - шкала Aw (поведінка індивіда очікувана оточуючими)	+++	++	+
Терапевтичне середовище			
Нейтральна	+	+	+
Пригнічуюча	+++	+++	+++
Травмуюча	+++	+++	+++
Та, що виліковує	-	-	-
Комфортна	-	-	-

Як видно з табл. 2, дуже вагомий вплив оказували значущі особистісні, міжособистісні та середовищні чинники, які приймали участь у формуванні ГДПЛ. До них віднесено:

1. Перший ступінь ГДПЛ: контакт з зовнішнім світом, серйозна дисфункція, фаза окремих симптомів та фаза формування синдрому госпіталізму, поведінка пацієнта у міжособистісних стосунках, а саме, залученості у контакти, контроль афекту, поведінка пацієнта, очікувана оточуючими у міжособистісних сто-

сунках (контроль афекту), пригнічуюче та травмуюче терапевтичне середовище ($p < 0,05$).

2. Другий ступінь ГДПЛ: поведінка у палаті, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом, очевидна, серйозна дисфункція, фаза сформованого синдрому госпіталізму, поведінка пацієнта, очікувана оточуючими у міжособистісних стосунках (контроль афекту), пригнічуюче та травмуюче терапевтичне середовище ($p < 0,05$).

3. Третій ступінь ГДПЛ: поведінка у палаті, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом,

очевидна, серйозна та дуже серйозна дисфункція, фаза формування та фаза сформованого синдрому госпіталізму, поведінка пацієнта у міжособистісних стосунках (залученість в контакти, контроль афекту), поведінка пацієнта, очікувана оточуючими у міжособистісних стосунках (контроль афекту), пригнічуюче та травмуюче терапевтичне середовище ($p < 0,05$).

Окремо, за аналізом анамнестичних даних, нами відокремлено загальні чинники, які призводять до розвитку ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію. До таких чинників нами віднесено:

1. Низький й/або недостатній рівень загального розвитку особистості;
2. Відсутність батьків або значущих найближчих родичів;
3. Деструкція суспільних відносин;
4. Індивідуально-особистісні особливості;
5. Недостатній рівень критики;
6. Наявність аутоагресивних тенденцій.

Враховуючи результати вищевикладеного етапу кореляційного аналізу щодо клініко-психопатологічних, особистісних, міжособистісних та середовищних чинників на формування ГДПЛ, нами запропоновано відокремлення рівнів ризику її виникнення. Розробка та впровадження даних рівнів у роботу забезпечило прогностичний – інтегративний підхід у роботі із пацієнтами, а саме можливість своєчасного включення пацієнтів у профілактичну та психокорекційну програму. Ранжування показників за рівнями відбувалось за рахунок застосування кореляційного аналізу з виділенням тісноти зв'язків між шкалами та показниками застосованих методик та проводився окремо за кожною

суб'єктивною думкою – пацієнта, лікаря, молодшого медичного персоналу.

Відокремлено 4 рівня ризику виникнення ГДПЛ:

1. Перший рівень – ризик відсутній. Маркери дезадаптації не виявлені.
2. Другий рівень – ризик умовний. Маркери дезадаптації не стабільні.
3. Третій рівень – наявний ризик. Маркери дезадаптації стабільні та підтверджуються думкою лікаря та молодшого медичного персоналу.
4. Четвертий рівень – виражений ризик. Маркери дезадаптації прогресують та підтверджуються дослідженням пацієнта та думкою лікаря та молодшого медичного персоналу.

Даний підхід надав можливість проаналізувати виявлені проблеми на «незалежність їх існування». Проте, для визначення «мішеней» психокорекції був проведений аналіз кореляційних показників із виділенням сильних кореляційних зв'язків між трьома рівнями (думками). Виявлено, що якщо за суб'єктивною думкою пацієнта, лікаря або молодшого медичного персоналу по деяким показникам зв'язок був слабкий або середній, тобто умовно у ієрархії проблем визначався як менш важливий, проте, у загальному кореляційному аналізі (об'єктивізуючи усі три думки), проблеми визначені як важливі (високий рівень кореляційного зв'язку). Негативних (зворотних) кореляційних зв'язків середнього показника по всіх шкалах та показниках за загальною інтегрованою оцінкою по окремими складовим не встановлено. Кореляційна перевірка щодо запропонованого підходу ранжування пацієнтів у групи ризику за рівнями виникнення ГДПЛ представлено у табл. 3.

Таблиця 3

Групування хворих за рівнем ризику виникнення ГДПЛ

Показники	Рівень ризику виникнення ГДПЛ			
	I	II	III	IV
Межі коливання коефіцієнту росту показників ризику-антиризiku	< 1,00	1,0-1,8	1,8-2,5	2,5-3,2
Усереднений коефіцієнт росту важкості чинників ризику	0,63	1,47	1,89	2,85
Співвідношення коефіцієнтів росту впливу чинників захисту та ризику (в цілому)	0,57	1,34	1,77	1,99
– клініко-психопатологічні	0,58	1,22	1,69	2,22
– особистісні	0,53	1,11	1,97	2,11
– міжособистісні	0,35	0,71	1,86	1,98
– середовищні	0,66	0,48	1,79	1,93
– контекстуальні	0,96	1,17	1,87	2,69

З даних представлених у табл. 3, можна стверджувати що в цілому запропонований підхід відокремлення груп ризику є науково обгрунто-

ваним. Так, пацієнти із першим ступенем ГДПЛ в цілому розподілилися у межі показників III та IV рівня ризику виникнення ГДПЛ.

Узагальнення отриманих даних свідчило, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками. Проте, найбільший тісний зв'язок встановлено між міжособистісною взаємодією ($r = 0,99$), самообслуговуванням ($r = 0,93$) та незалежністю у діях ($r = 0,93$).

В цілому, на першій план психотерапевтичної корекції виходять проблеми відчуття хворих себе як психологічно та емоційно відторгнутих у стаціонарі серед середовища хворих. Така ситуація породжує коло причинно-наслідкових зв'язків дезадаптації: загальні комунікативні проблеми у стаціонарі викликають ситуаційно-обумовлені проблеми із дезадаптивною – фрустраційною реакцією на них, що, у свою чергу, знижує здатність адекватного їх вирішення хворим.

У хворих стаціонарне функціонування страждає комплексно в усіх сферах. Виходячи із цього, в рамках інтегративного підходу у комплексному лікуванні пацієнтів, можна окреслити певні рекомендації для профілактики ГДПЛ:

- необхідно більшу увагу приділяти терапії не лише психічного розладу, а також й соматичним наслідкам і супутнім захворюванням із метою відновлення відчуття фізичного благополуччя;

- обов'язковим є відновлення навичок самообслуговування й незалежності у діях, які в цілому є більш складними об'єктами для терапевтичного впливу, оскільки залежать від сукупних об'єктивних умов викликаних знаходженням у стаціонарі;

- проведення психокорекції повинно обов'язково спиратися на показники трьох ланок: пацієнта, лікаря, молодшого медичного персоналу

- необхідно будувати психотерапевтичний вплив у напрямку нівелювання негативних наслідків базового психологічно емоційного відчуття незадоволеності, яке у більшості хворих стає тлом для виникнення ГДПЛ.

Виявлено, що з підвищенням ступеню вираженості та частоти марення, концептуальної дезорганізації та галюцинаторної поведінки підвищувалися показники незадоволеності взаємин у стаціонарі у бік їх погіршення ($p < 0,05$). В свою чергу, такі синдроми як збудження, підозрілість – переслідування, ворожість у високому ступені тісноти корелювали з неможливістю виконувати деякі побутові функції ($p < 0,001$). Спостерігалася відмова від стаціонарної діяльності ($p < 0,01$).

Встановлено, що негативні синдроми у різному ступені вираженості по-різному впливали на усі сфери функціонування у стаціонарі. Так, сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труд-

нощі у абстрактному мисленні заважали виконанню звичних функцій (ролей) ($p < 0,01$), погіршували показники самообслуговування ($p < 0,01$). У свою чергу, недолік спонтанності й плавності бесіди та стереотипність мислення корелювали із порушенням взаємовідносин при навідуванні родичів ($p < 0,01$), зокрема, спілкуванню із дітьми ($p < 0,01$).

Виявлено, що загальні психопатологічні синдроми також своєрідно впливали на функціонування пацієнтів у стаціонарі. Так, стурбованість соматичними відчуттями, тривога, відчуття провини, напруга мали високий рівень тісноти кореляційного зв'язку із низькими показниками загального фізичного благополуччя ($p < 0,01$) емоційного комфорту ($p < 0,01$).

У той же час, такі синдроми як манерність, депресія, рухова загальмованість, дезорієнтація достовірно дезадаптуюче впливали на сфери самообслуговування та незалежності у діях ($p < 0,01$), працездатності ($p < 0,01$), суспільної підтримки ($p < 0,01$). Некооперативність, думки із надзвичайним змістом у високому ступені тісноти кореляційного зв'язку були взаємозв'язані із низькою міжособистісною взаємодією ($p < 0,01$) та низькою соціо-емоційною підтримкою ($p < 0,01$). Труднощі концентрації уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби впливали у бік зниження самореалізації та духовної реалізації ($p < 0,01$). У свою чергу, вольові порушення, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності, низька соціальна активність в цілому призводили до низького сприйняття життя пацієнтами ($p < 0,01$).

За результатами дослідження встановлено, що суїцидальні тенденції у сукупності із клінічною симптоматикою також своєрідно впливали на функціонування пацієнтів у стаціонарі. Виявлено, що ріст суїцидальних тенденцій призводило до порушень у взаємовідносинах ($p < 0,01$). У цілому, цілком зрозумілим ставав той факт, що сукупність знижених показників критики, самооцінки та наявності суїцидальних тенденцій призводили до поведінкової дисфункції у стаціонарі ($p < 0,01$).

Наступним і, власно одним із основних, етапів дослідження стала оцінка та поглиблений аналіз «загального госпітального статусу» пацієнтів. За нашої думкою, у даний статус входять: взаємовідносини із медичним персоналом, взаємовідносини із пацієнтами та «потенціал стаціонару» із точки зору ефективності психокорекційних втручань. За результатами досліджень відокремлено та узагальнено наступні характеристики порушень «загального госпітального статусу» у хворих на параноїдну шизофренію:

1) за ідеологією (взаємовідносини із медичним персоналом) – медичний персонал втілює у відділенні думку «утримання хворих», а не «профілактику дезадаптації»;

2) за структурою (взаємовідносини із пацієнтами) – некомунікативність та відчуття ворожості між пацієнтами – дисфункція спілкування;

3) за динамікою («потенціал стаціонару») – об'єктивний показник устрою відділень примусового лікування, якій регламентується інструктивно-законодавчою базою, що у своєму сенсі є

більш дезадаптуєчим (обмеження щодо спілкування, трудовій діяльності і т.ін.).

Структура «загального госпітального статусу» пацієнтів вивчалася шляхом оцінки взаємозв'язку показника «Відносини хворого з медичним персоналом» та показника «Стосунки між хворими». Крім того, враховувалося наявність у відділенні серед медичного персоналу або пацієнтів «ключової фігури» для хворого. Розподіл пацієнтів за структурою «загального госпітального статусу» пацієнтів відображено у табл. 4.

Таблиця 4

Структура «загального госпітального статусу» пацієнтів

Показник	Відносини хворого з персоналом			Стосунки між пацієнтами			χ^2 , p
	Абс.ч.	%	$\pm m$	Абс.ч.	%	$\pm m$	
Незадовільний	61	51,7	5,0	65	55,1	5,0	51,3; (p<0,01)
Задовільний	43	36,4	4,8	37	31,4	4,6	
Добрий	14	11,9	3,2	16	13,6	3,4	
Всього	118	100,0	–	118	100,0	–	

Представлені у табл. 4 дані свідчать, що у 51,7% пацієнтів спостерігалися незадовільні відносини з медичним персоналом, і у 55,1% хворих – між собою (p<0,01). Співвідношення задовільних відносин, відповідно, – 36,4% та 31,4%, добрих – 11,9% та 13,6%. Даний розподіл вказував на те що лише третина пацієнтів мала обоюдний психокорекційний потенціал, як з боку персоналу, так й з боку оточуючих пацієнтів (p<0,01).

Треба зазначити, що наявність у «ключової фігури» для пацієнта встановлено у меншості хворих (близько 30,0%). Проте, цей показник є дуже складним щодо аналізу, почасти стосунки пацієнта з визначеною ним ключовою фігурою характеризуватися як нейтральні або неза-

довільні внаслідок її «вигідності». Тобто, лише наявність «ключової фігури» не завжди можна було розглядати як основу для ефективного впливу на поведінку пацієнта. Встановлено, що іноді «неключові фігури», які мали так звану другу роль, мали більший вплив на пацієнта.

Атмосфера середовища або «потенціал стаціонару», як один із важливих чинників, на якому базується позитивний ефект від подальшої психокорекції, відображено на рис. 1, з якого видно, що 47,5% пацієнтів «потенціал стаціонару» визначили як несприятливий, а 17,2% – як абсолютно негативний. У свою чергу, як сприятливий, потенціал стаціонару визначили лише 15,3% хворих (p<0,05).

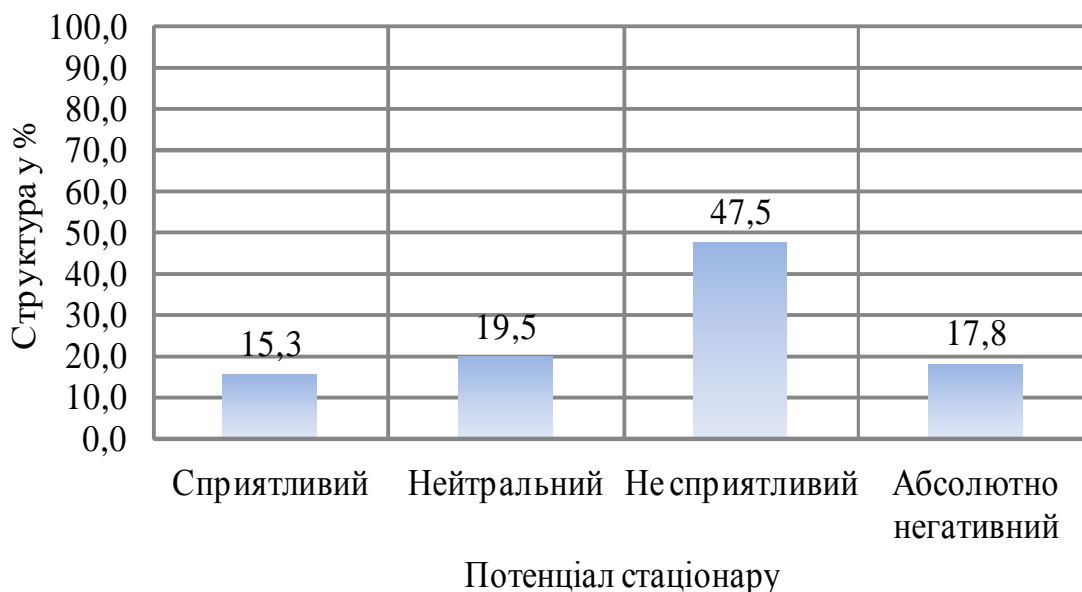


Рис. 1. Структура «потенціалу стаціонару» за думкою пацієнтів

На підставі наданого аналізу можна зробити висновок про важливий внесок госпітальних факторів у перебіг ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію. Узагальнюючи можна стверджувати наступне:

– концентрування допомоги хворим лише на індивідуальному підході до пацієнта без врахування «потенціал стаціонару» не є ефективним;

– почасти деструктивна поведінка «ключової фігури» для пацієнта, а саме, гіперпротекція або посилений контроль, призводять до втрати їм позитивного впливу на пацієнта, гальмуванням його адаптації та розвитку дефекту навичок існування у стаціонарі;

– загальним патогенним чинником для усіх пацієнтів у стаціонарі є чинник комунікативної тривоги, який призводить до загально високого рівня дезадаптації та труднощів встановлення міжособистісних відносин.

Важливо відзначити, що встановлено достовірний зв'язок між тим, як «потенціал стаціонару» впливає на пацієнта, та як швидко й успішно він може впорюватися із наслідками психічної, особистісної та поведінкової дезадаптації.

У ході дослідження «потенціалу стаціонару» були виділені 3 його основних типи:

I тип – деструктивний (емоційно-відчужений). Відношення у стаціонарі між персоналом та хворими відрізнялися нетерпимістю, некоректністю, відсутністю такту, демонструванням негативних емоцій (злість, роздратування), невдоволеністю характером, зовнішністю або інтелектуальними здібностями, недоліком емпатії, образливим ставленням.

II тип – конструктивний (гармонічний). Відношення у стаціонарі між персоналом та хворими відрізнялися рівновагою, підтримкою, доброзичливою, довірчою атмосферою, стриманістю у вираженні негативних емоцій, зацікавленістю, розумінні та довіри один одному, готовністю надати допомогу. Пацієнт допомагав у діяльності стаціонару та його побуту. Тип взаємодії був послідовний та складався із позитивного віднесення до хворого. Медичний персонал усвідомлював несамотійність та залежність пацієнта, як хворобливий стан. Пацієнти довіряли компетентності психіатра, співпрацювали з ним, прагнули виконувати рекомендації, стежили за прийомом підтримуючої терапії.

III тип – змішаний (напружено-дисоціативний). Відношення у стаціонарі між персоналом та хворими включали риси обох вищезгаданих типів. Проте, даний тип мав свої особливості. Так, медичний персонал почасти мав протилежні

позиції, що викликало напруженість у пацієнтів. Відсутність лояльності, постійні протиріччя, наявність діаметрально протилежних емоцій призводило до труднощів прийняття якогось рішення у пацієнта та формування поляризаційної дисфункціональної госпітальної дезадаптації.

За результатами досліджень, нами відокремлено та узагальнено деякі характеристики «дезадаптуєчого стаціонару».

1. Висока якість ремісії хворого супроводжується його активними спробами адаптації (соціалізації), що викликає тривогу, невдоволеність та спроби протидії з боку медичного персоналу.

2. Завищені або занижені очікування від пацієнта з боку медичного персоналу. В залежності від динаміки психічного стану хворого очікування призводить до порушення його функціонування при примусовому лікуванні.

3. Медичний персонал частіше не готов до зміни характеру взаємодії й емоційної комунікації, а також побудові нової системи підтримки пацієнта.

Для розробки, проведення та подальшого комплексного аналізу дієвості (ефективності) інтегративного комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію в залежності від клінічних, особистісних та середовищних особливостей, нами виділено та надано характеристику трьом дезадаптивним рівням функціонування хворих:

Перший дезадаптаційний рівень функціонування. Хворий повністю дезадаптований – не виконує настанови медичного персоналу, функціонування відособлено. Критичне відношення до медичного персоналу приймає загрозливі форми. У відносинах із хворими відособлені й замкнуті. Відмічається зневажливе відношення до соціальних цінностей, опозиція до авторитету лікарів, небажання брати участь у діяльності відділення. Спостерігається втрата емоційної прихильності, конфліктність, роздратування, агресія. Повне розходження домагань та реальних можливостей, декларація особистої незалежності. Емоційні захоплення нестійкі. Хворі демонструють негативне відношення до всього, що їх оточує.

Другий дезадаптаційний рівень функціонування. Відмінними рисами хворих є порушення в сфері мотивації й відхилення у сфері особистісної та соціальної активності (у відділенні). Провідними і клінічній симптоматиці є негативні

розлади із ознаками редукції енергетичного потенціалу й характерним для параноїдної шизофренії емоційним сплюсненням. Пацієнти мають потребу у постійному спонуканні з боку медичного персоналу у соціально-побутової діяльності. У відділені хворі займають залежну позицію від інших хворих, покладаючи, таким чином, на них свої функції що викликає підвищене навантаження на останніх. Зусилля щодо обслуговування пацієнта порушує привичну організацію життєдіяльності у відділені.

Третій дезадапційний рівень функціонування. Хворі характеризуються диспропорцією між окремими сферами психічного життя. Так, при достатньо збереженій інтелектуально-пізнавальній сфері відзначаються значні порушення у сфері спілкування, захопленості та інтересів. У спілкуванні із медичним персоналом або пацієнтами спостерігається ослаблення та перекручування емоційних зв'язків. З часом коло спілкування звужується. Відмічена деяка агравація для збереження допомоги з боку медичного персоналу. Обсяг побутових обов'язків не досягає традиційного розподілу навантаження на пацієнта, прийнятого у стаціонарному відділені.

В цілому, у хворих виявлені прямі кореляції

між дезадаптивним рівнем функціонування та типом «потенціалу стаціонару». Так, у пацієнтів з першим дезадаптивним рівнем функціонування переважно діагностовано зв'язок із «деструктивним» типом взаємодії, з другим дезадаптивним рівнем функціонування – із «змішаним», з третім дезадаптивним рівнем функціонування – з «конструктивним» типом.

Отримані дані, а саме, відокремлені ГДПЛ, 4 рівня ризику виникнення ГДПЛ, оцінка та характеристика порушень «загального госпітального статусу» пацієнтів за ідеологією (взаємовідносини із медичним персоналом), структурою (взаємовідносини із пацієнтами), динамікою («потенціал стаціонару»), виділення поняття «потенціал стаціонару» (деструктивний, конструктивний (гармонічний), змішаний (напружено-дисоціативний) типи), надання характеристики поняття «дезадаптуючого стаціонару» та трьом дезадаптивним рівням функціонування хворих, – було покладено у основу розробки інтегративного комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію в залежності від їх клініко-психопатологічних, особистісних та середовищних особливостей.

Е. М. Царенко

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ, ЛИЧНОСТНЫХ, МЕЖЛИЧНОСТНЫХ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основе комплексного обследования 118 пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, идентифицированы особенности формирования госпитальной дезадаптации в условиях принудительного лечения, с определением удельного веса и взаимосвязей патогенного действия клинико-психопатологических, личностных и средовых факторов, что стало основой для дальнейшей разработки мероприятий ее психосоциальной коррекции и профилактики. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 63-72).

Н. М. Tsarenko

INTERFERENCE CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY, PERSONALITY, INTERPERSONAL AND ENVIRONMENTAL FACTORS ON FORMATION OF HOSPITAL MALADJUSTMENT OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN CONDITIONS OF COMPULSORY TREATMENT

Kharkiv medical academy of postgraduate education

On the basis of a comprehensive survey of 118 patients with paranoid schizophrenia who are on compulsory treatment, identifying the identified peculiarities of hospital exclusion in compulsory treatment, the specific gravity and pathogenic relationships of clinical psychopathology, personality and environmental factors that formed the basis for further development of measures of psychosocial adjustment and prevention. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 63-72).

Література

1. Винникова И. Н. Вопросы предикции общественно опасных действий больных шизофренией на современном этапе / И. Н. Винникова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 4 – 9.
2. Стяжкин В. Д. Влияние арипипразола на качество ремиссии у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – № 2. – Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/19670>. – Название с экрана.
3. Стяжкин В. Д. Сероквель в системе лечебно-реабилитационных мероприятий при принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 5. – Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/11022>. – Название с экрана.
4. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – С. 96 – 144.
5. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva : WHO, 1988. – 96 p.
6. Путятин Г. Г. Клинико-динамические и социально-психологические аспекты проблемы госпитализма у больных шизофренией / Г. Г. Путятин / В кн.: Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донецк: Каштан, 2009. – С. 65 – 110.
7. Психологическая диагностика / Под ред. М. К. Акимовой и К. М. Гуревича, 3-е изд., перераб. и дополн. – СПб.: Питер, 2003. – С. 333 – 335.
8. Шестопалова Л. Ф. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих, щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Архів психіатрії. – 2008. – № 1. – С. 60 – 63.

Поступила в редакцию 27.03.2013

УДК 616.89–008.48:616–057:159.972:613.6.02

*О. І. Чистікова***ТИПОЛОГІЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРАЦІВНИКІВ ПОЖЕЖНОЇ ОХОРОНИ З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ РОБОТИ В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: психологічна дезадаптація, індивідуально-психологічні особливості, працівники пожежної охорони

У вітчизняній і зарубіжній медичній науці питання впливу професійної діяльності на людину набули досить широкого висвітлення. Проте, в більшості випадків різнобічні аспекти впливу роботи в умовах підвищеної небезпеки вивчені на прикладі співробітників ОВС України [1 – 3], в той час як інші види небезпечної діяльності залишаються поза увагою дослідників. Між тим, за думкою фахівців, екстремальний характер професійної діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України, які безпосередньо беруть участь у ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, зумовлює високий рівень ризику виникнення у них стресових і дезадаптаційних станів, що стають причиною зривів у професійній діяльності, зниження працездатності, міжособистісних конфліктів, порушень дисципліни, зловживання алкоголем, інших негативних явищ, та, в результаті, призводить до зниження успішності професійної діяльності пожежних-рятувальників [4].

Отже, метою даної роботи стало вивчення індивідуально-психологічних особливостей працівників пожежної охорони з психологічною дезадаптацією та їх типологізація в залежності від стажу роботи в умовах підвищеної небезпеки, як підґрунтя для розробки спеціалізованих медико-психологічних заходів для даного контингенту.

Для досягнення поставленої мети на базі науково-дослідного інституту профілактичної медицини (м. Харків) за період 2009 – 2012 рр. під час здійснення профілактичних оглядів серед загальної кількості обстежених працівників пожежної служби України (1380 осіб) було відібрано 320 осіб з окремими проявами психологічної дезадаптації. Середній стаж роботи за їхньою професією склав 7 років.

Всіх досліджених було розділено на три групи, в залежності від тривалості роботи в пожежній безпеці. Так, до першої групи (Гр1) ув-

ійшли співробітники пожежної безпеки, які працювали за спеціальністю до 5-ти років; особи, що мали строк роботи в лавах підрозділів пожежної безпеки від 5 до 10 років (Гр2; до третьої групи увійшли пожежники зі стажем роботи більше 10 років (Гр3). Кількість осіб, що увійшли до визначених груп: Гр1 – 109 осіб, Гр2 – 105 осіб, Гр3 – 106 осіб. Вік досліджуваних коливався від 20 до 42 років.

27,5% обстежуваних вважали, що втратили здоров'я на службі; 34,7% відзначили в себе ускладнене засипання і раннє пробудження; найбільш частими негативними станами, відмічуваними в ході чергування, є втомата, головні болі і дратівливість; практично усі респонденти вважали свою роботу важкою та небезпечною. З усіх несприятливих факторів, що впливали на складність праці в процесі служби, респондентами відзначені: «великі нервово-психічні навантаження» (63,4%), «необхідність прийняття рішень у короткий час» (34,1%), «небезпека для життя» (30,9%) і «велика кількість обов'язків» (58,4%).

Прояви психологічної дезадаптації обстежених проявлялись, в першу чергу, через несприятливий психоемоційний стан, який мав особливості в залежності від стажу роботи в структурах пожежної охорони.

Для осіб з незначним стажем (до 5 років) характерними виявились дезадаптивні реакції у вигляді тривожно-астенічного симптомокомплексу, вираженість окремих симптомів якого не доходила до клінічної окресленості. В структурі даного симптомокомплексу превалювали підвищена тривога, емоційна лабільність, відчуття страху і знижений настрій, роздратованість, підвищена фізична втома ($p < 0,01$).

У осіб зі стажем роботи від 5 до 10 років серед проявів дезадаптації провідними виявились клінічні феномени емоційної лабільності, соматовегетативних розладів і порушень соціальної

взаємодії ($p < 0,01$).

Серед осіб зі стажем роботи 10 і більше років, превалювали донозологічні прояви вегетативного симптомокомплексу, який був представлений головним болем, різноманітними диссомнічними порушеннями та загальносоматичними симптомами тяжкості у кінцівках, м'язового болю, втрати відчуття енергії ($p < 0,01$).

Оцінка індивідуально-психологічних особливостей респондентів з акцентом на вольовий потенціал і поведінкові стратегії в стресових умовах здійснювалась за методиками «Індивідуальний особистісний опитувальник» (ІТО) Л. М. Собчик [5], методики діагностики потреба в пошуках екстремальних відчуттів М. Цукермана [6]; опитувальника для дослідження рівню імпульсивності В. А. Лосенкова [7]; методики діагностики рівню особистісної готовності до ризику М. А. Шуберт [7]; методики визначення вольового потенціалу особистості [7]; методики діагностики стратегій поведінкової актив-

ності в стресових умовах Л. І. Вассермана і Н. У Гуменюка [7].

Для визначення базисних індивідуально-типологічних властивостей особистості використовували ІТО. Методика дозволяє віднести кожну конкретну людину до певного типу. Основу особистісного фактора складає одна або декілька провідних тенденцій, які пронизують різні рівні розвитку особистості - від вроджених властивостей темпераменту, через характер, який формується в процесі взаємодії темпераменту з соціальним середовищем, - до зрілої особистості, в якій об'єднання здійснюється інтегрованим «Я» (самосвідомість, самооцінка, самоконтроль). Провідні тенденції визначають індивідуальний тип переживання, силу і спрямованість мотивації, стиль міжособистісного спілкування і пізнавальних процесів.

В табл. 1 зібрані дані щодо кількості осіб різних груп з показниками 5 та більше балів (підвищення) по кожній шкалі методики.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних за шкалами ІТО

Шкала ІТО	Гр.1 n,=109		Гр.2 n,=105		Гр.3 n,=106	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Тривожність	79	72,48±4,68	31	29,52±4,45	48	45,28±4,86
Агресивність	13	11,93±3,10	81	77,14±4,10	20	18,87±3,82
Спонтанність	11	10,09±2,88	72	68,57±4,62	20	18,87±3,82
Сенситивність	21	19,26±3,45	18	17,14±1,65	8	7,54±2,57
Ригідність	9	8,26±1,51	31	29,52±4,45	78	73,58±4,28
Лабільність	74	70,48±4,37	34	32,38±4,57	58	54,72±3,87
Інтроверсія	44	40,37±4,70	38	36,19±3,27	46	43,40±4,84
Екстраверсія	65	59,63±4,70	67	63,81±4,06	60	56,60±4,84

З таблиці 1 видно, що з плином часу перебування на службі в пожежній охороні підвищується рівень ригідності; так, високий рівень ригідності відмічався в 9 осіб (8,26%) Гр1, 31 особа (29,52%) Гр2, 78 осіб (73,58%) Гр3.

Високий рівень тривожності спостерігається у більшості досліджених Гр1 (74 особи – 72,48%), 31 особа (29,52%) Гр2 та 48 осіб (45,28%) Гр3.

Акцентуованість риси «лабільність» спостерігалась у більшості пожежників Гр1 (74 особи, 70,48%), а також у значної кількості осіб Гр3 (58 осіб – 54,72%); в Гр 2 тенденція до збільшення кількості лабільних особистостей не спостерігалась (34 особи - 32,38%).

Щодо рівнів агресивності та спонтанності,

спостерігалось значне збільшення кількості осіб, які мали високі оцінки за даними показниками після 5-ти років роботи в лавах служби пожежної безпеки; якщо ж строк служби перевищував 10 років – дані показники дещо знижуються, але не досягають показників Гр1 (показник «агресивність» в Гр 1 – 13 осіб (11, 93%), Гр2 – 81 особа (77,14%), Гр3 – 20 осіб (18,87%); показник «спонтанність» в Гр1 – 11 осіб (10,09%), Гр2 – 72 особи (68,57%), Гр3 – 20 осіб (18,87%).

За якістю «сенситивність» підвищення спостерігалось у 21 особи Гр1 (19,26%), 18 осіб Гр2 (17,14%) та 8 осіб Гр3 (7,54%), тобто простежувалась незначна тенденція до зниження кількості особистостей, які характеризувалися виразністю даного показника, зі збільшенням строку служ-

би у лавах пожежної безпеки.

На основі узагальнення даних, нами були по-

будовані усереднені особистісні профілі обстежених кожної з трьох досліджених груп (рис. 1).

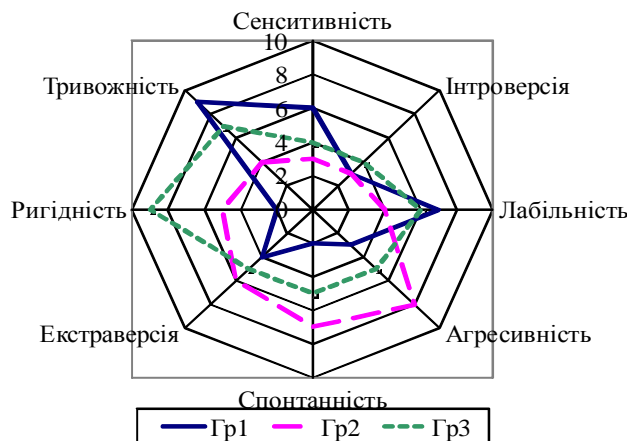


Рис. 1. Особистісні профілі за середніми значеннями по шкалах ІТО

Як можна бачити з рис. 1, площина середніх значень по основних шкалах ІТО виходить за межі нормативних значень за багатьма показниками у осіб усіх груп, проте, конфігурація особистісних профілів має різницю в залежності від тривалості роботи в умовах підвищеної небезпеки.

Так, у осіб Гр1 встановлені високі рівні тривожності й лабільності, що, у сполученні з високою вимогливістю до себе, провокувало внутрішній особистісний конфлікт за рахунок наявності несумісних тенденцій: високої мотивації до дій та відсутності психологічних якостей і психічних сил до їх здійснення ($p < 0,05$). Для осіб Гр2 виявились характерними надмірні прояви агресивності й спонтанності, надмірний рівень індивідуалізму; підґрунтям виникнення психологічної проблематики у даної групи обстежуваних визначена особистісна нестійкість, емоційно-вольова слабкість, нездатність до конструктивної когнітивної обробки життєвого досвіду, адекватної оцінки себе, оточуючих та наявної ситуації ($p < 0,05$). Особам Гр3 були прита-

манні сполучення тривожності, лабільності та ригідної фіксації на травмуючих спогадах, що обумовлювало комунікативні проблеми, які поглиблювали психологічну проблематику ($p < 0,05$), а виявлені полярні властивості (ригідність та лабільність) були свідомством наявності у них емоційної напруги та внутрішнього конфлікту.

Наступною індивідуально-психологічною характеристикою, що вивчалася в групах пожежних-рятувальників, була схильність до пошуку екстремальних відчуттів. Пошук нових відчуттів має велике значення для людини, оскільки стимулює емоції і уяву, розвиває творчий потенціал, що призводить до її особистісного зростання. Але надмірно висока схильність до пошуку відчуттів робить цей пошук остаточною метою діяльності та негативно впливає на якість та цілеспрямованість діяльності.

Для дослідження рівня потреби у відчуттях в групах досліджених було використано опитувальник М Цукермана, результати використання якого наведені в табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл досліджених за рівнем вираженості потреби в пошуках екстремальних відчуттів

Рівень потреби в екстремальних відчуттях	Гр1, n = 109		Гр2, n = 105		Гр3, n = 106	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Високий	35	32,11±4,47	87	82,86±3,61	26	24,53±4,18
Середній	52	47,11±4,78	18	17,14±3,61	69	65,09±4,63
Низький	22	20,18±3,84	-	-	11	10,38±2,96

Високий рівень вираженості потреби в екстремальних відчуттях відмічався у більшості дос-

ліджених Гр2 (87 осіб – 82,86 %), а також у 35 осіб (32,11%) з Гр1 та 26 осіб (24,53%) Гр 3.

Високий рівень потреб у відчуттях у пожежних рятувальників проявлявся в наявності ваблення, іноді безконтрольного, до нових, «лоскочучих нерви» вражень, що часто сприяло провокуванню досліджених на участь в ризикованих заходах.

У питомої ваги досліджених в Гр3 (69 осіб – 65,09%) та Гр1 (52 особи – 47,11%) діагностовано середній рівень потреби у відчуттях, що свідчило про їхнє прагнення до помірності, відкритість новому досвіду, проте, прояви стриманості і розсудливості в необхідних моментах життя. В Гр2 середній рівень потреби у екстремальних відчуттях встановлено у 18 осіб (17,14 %).

Низький рівень вираженості потреби у відчуттях відмічався у 22 обстежених Гр 1 (20,18%) та 11 осіб Гр 3 (10,38%), що характе-

ризувало їх як таких, що віддавали перевагу стабільності і впорядкованості, перед невідомим і несподіваним у житті.

Результати вивчення рівню імпульсивності за методикою В. А. Лосенкова наведені в табл. 3, з якої видно, що високий показник рівню імпульсивності відмічався у більшості обстежених Гр2 (67 осіб - 63,81%), у значній кількості досліджених Гр3 (48 осіб - 45,28%) та у невеликій кількості осіб Гр1 (12 осіб - 11,01%). Високий рівень імпульсивності характеризує людину з недостатнім самоконтролем в спілкуванні і діяльності. Імпульсивні люди часто мають невизначені життєві плани, у них немає стійких інтересів і вони захоплюються то одним, то іншим.

Таблиця 3

Розподіл досліджуваних за рівнем імпульсивності

Рівень імпульсивності	Гр1, n = 109		Гр2, n = 105		Гр3, n = 106	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Високий	12	11,01±3,00	67	63,81±4,06	48	45,28±4,86
Середній	82	75,23±4,13	23	21,90±4,04	38	35,85±4,66
Низький	15	13,76±3,30	13	12,38±3,21	20	18,87±3,82

Для більшості пожежників з невеликим стажем праці (Гр1) характерний був середній рівень імпульсивності (82 особи - 75,23%). В інших групах даний рівень зустрічався в 23 осіб Гр2 (21,90%) та у 38 осіб Гр3 (35,85%). Низький рівень імпульсивності зустрічався в приблизно рівному відношенні в усіх трьох групах: Гр1 – 15 осіб - 13,76%; Гр2 – 13 осіб - 12,38%; Гр3 – 20 осіб - 18,87%.

При вивченні схильності до ризику в досліджених осіб за допомогою опитувальника М. А. Шуберт, який дозволяє визначити три рівні готовності до ризику, були отримані наступні результати. Ризик розцінюється як небезпечна умова, при якій виконується дія, діяльність, чи як дія, що чиниться в умовах невизначеності. При цьому невизначеність може відноситися і до досягнення бажаної мети в даній дії, і до можливості запобігання фізичної небезпеки при (чи в результаті) його здійснення. Поведінка суб'єкта в небезпечній ситуації залежить не тільки від її об'єктивних умов, але і від того, наскільки адекватно ці умови відбиваються у його свідомості. Ступінь адекватності відображення суб'єктом небезпечних ситуацій, значною мірою залежить від його індивідуальних якостей. Наприклад,

люди, які відрізняються слабкістю нервової системи, тривожністю, звичайно завищують ступінь небезпеки і можливості її реалізації. Людям же, які дуже піклуються про досягнення мети й одержання виграшу від цього, властиво, навпаки, занижувати рівень небезпеки і вважати її прояв менш ймовірним, ніж насправді. Вплив особистісних якостей особливо сильно відбиває на здійсненні діяльності в умовах ризику в екстремальних ситуаціях. На вибір впливає така якість особистості, як індивідуальна схильність до ризику. Таким чином, ризикована поведінка визначається, з одного боку, об'єктивно діючими ситуативними факторами, а з іншого, – індивідуальними якостями суб'єкта.

З даних табл. 4 можна зробити висновок, що найбільшою готовністю до ризику відрізнялися особи Гр2 (високий рівень готовності ризикувати, який зазвичай супроводжується низькою мотивацією до уникнення невдач, був притаманний 74 особам, 70,48 %). Серед осіб Гр1 більше половини характеризувались низькою готовністю ризикувати (63 особи, 57,80%), як і значна частина респондентів Гр3 (47 осіб, 44,34%). Серед обстежених Гр2 осіб з низьким рівнем готовності до ризику не виявлено взагалі.

Розподіл досліджуваних за рівнем готовності до ризику

Рівень готовності до ризику	Гр1, n = 109		Гр2, n = 105		Гр3, n = 106	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Високий	17	15,60±3,48	74	70,48±4,37	21	19,81±3,87
Середній	29	26,61±4,23	31	29,52±4,45	38	35,85±4,66
Низький	63	57,80±4,73	-	-	47	44,34±4,83

Аналіз вольового потенціалу обстежених (табл. 5) довів, що найнижчим рівнем вольового потенціалу відрізнялись досліджені Гр2 (65 осіб – 61,90%; $p < 0,05$). В Гр1 високий рівень вольового потенціалу зустрічався в 33 осіб (30,28%), в Гр3 даний рівень зустрічав-

ся лише у 16 осіб (15,09%). Середній рівень вольового потенціалу зустрічався у більшості пожежників Гр3 (83 особи – 78,30%; $p < 0,05$). В Гр1 середній рівень вольового потенціалу мали 36 осіб (33,03%), в Гр2 – 38 осіб (36,19%; $p > 0,05$).

Таблиця 5

Розподіл досліджуваних за рівнями вольового потенціалу

Рівень вольового потенціалу	Гр1, n,=109		Гр2, n,=105		Гр3, n,=106	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Високий	33	30,28±4,40	2	1,91±1,33	16	15,09±3,48
Середній	36	33,03±4,50	38	36,19±4,69	83	78,30±4,00
Низький	40	36,70±4,62	65	61,90±4,74	7	6,61±2,41

Дослідженням стратегій поведінкової активності обстежених в стресових умовах (за допомогою методики Л. І. Вассермана і Н. У. Гумєнюка) встановлено, що адекватна поведінкова стратегія подолання стресу (тип АБ) не була притаманна жодному респонденту (табл. 6). Проте, виявлена специфічність долаючої поведінки серед осіб з різним стажем роботи в умовах підвищеної небезпеки. Так, поведінковий тип А, який характеризується високою потребою в діяльності, невмінням розслабитися, браком часу для відпочинку і розваг, постійною напругою душевних і фізичних сил в боротьбі за успіх,

високою мотивацією досягнення при відсутності задоволеності досягнутим, невмінням і небажанням виконувати щоденну ґрунтовну і одноманітну роботу, нездатністю до тривалої і стійкої концентрації, нетерплячістю, прагненням робити все швидко, був характерний для більшості респондентів Гр2 (81 особа, 77,14%). Для цих осіб були притаманні імпульсивність, емоційна нестриманість в суперечках, невміння до кінця вислухати співрозмовника, прагнення до змагання, схильність до суперництва і визнання, амбітність, агресивність, прагнення до домінування.

Таблиця 6

Розподіл досліджуваних за типами поведінкової активності

Тип поведінкової активності	Гр1, n = 109		Гр2, n = 105		Гр3, n = 106	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m
А	-	-	81	77,14±4,10	-	-
А1	-	-	24	22,86±4,10	7	6,60±2,41
АБ	-	-	-	-	-	-
Б1	21	19,27±3,78	-	-	79	74,53±4,23
Б	88	80,73 ±3,78	-	-	10	9,43±2,84

Серед обстежених Гр1 переважали особи з протилежними поведінковими тенденціями подолання стресу: тип Б, для якого характерним є уникнення відповідальності, невпевненість та сумління, пасивність, виявився властивим 88 особам (80,73%).

Для більшості осіб Гр3 (79 чоловік, 74,53%) домінуючою виявилася поведінкова стратегія типу Б1, що проявлялася емоційною «скупістю», стриманістю в діях і професійних прагненнях, вираженою прагматичною спрямованістю щодо оцінки професійних вимог і оточуючих, прагненням залишатися «в тіні» та не проявляти ініціативу, зниження рівню поведінкової регуляції, порушенням міжособистісних відносин.

На основі аналізу і узагальнення отриманих даних, нами типологізовані індивідуально-психологічні особливості, притаманні представникам усіх досліджуваних груп.

Так, для осіб з психологічною дезадаптацією з досвідом роботи в пожежній охороні до 5 років, характерним виявилось сполучення психологічних особливостей, означене нами як тривожно-уникаючий тип. Вони характеризувалися високим рівнем тривожності й лабільності, що, у сполученні з високою вимогливістю до себе, провокувало внутрішній особистісний конфлікт за рахунок наявності несумісних тенденцій: високої мотивації до дій та відсутності психологічних якостей і психічних сил до їх здійснення. Більшості з них був притаманний середній або низький рівень потреби в екстремальних відчуттях, середній рівень імпульсивності й низька готовність до ризику. В якості провідної стратегії подолання в стресових умовах вони використовували пасивність, уникнення відповідальності, невпевненість та сумління. Вони були схильні до нерішучості, невпевненості у собі, особливо в умовах динамічної обстановки, дефіциту часу й інформації; нескінченного аналізу своїх дій, сумнівів, зниженої самооцінки й невдоволення собою; вимогливості у виконанні формальностей, зниженої активності, труднощів у прийнятті рішень та уникнення відповідальних завдань; віддавали перевагу передбачуваності й визначеності, слідуванню авторитетам і традиціям. Їм були властиві низьке самовладання у стресових і фруструючих ситуаціях, наявність емоційних «зривів», неадекватність реагування, несамостійність при розв'язанні напружених і конфліктних ситуацій міжособистісної взаємодії, наявність високого внутрішнього напруження й почуття провини.

У осіб з психологічною дезадаптацією з дос-

відом роботи в пожежній охороні від 5 до 10 років, визначена комбінація індивідуально-психологічних властивостей, об'єднаних нами в патологічно-ризикований тип. Дані особи характеризувалися надмірними проявами агресивності, спонтанності та індивідуалізму, особистісною нестійкістю, емоційно-вольовою слабкістю, нездатністю до конструктивної когнітивної обробки життєвого досвіду, адекватної оцінки себе, оточуючих та наявної ситуації, що ставало підґрунтям для виникнення психологічної проблематики у даній групі обстежуваних. Для них були характерні високий рівень потреби в екстремальних відчуттях, високий рівень імпульсивності та готовності до ризикованих дій, що реалізовувалось на тлі низького рівню вольового потенціалу особистості. Головною копінг-стратегією поведінки в умовах стресу в них була агресивність, прагнення до домінування, постійна напруга душевних і фізичних сил в боротьбі за успіх, нездатність до тривалої і стійкої концентрації, нетерплячість. Їм були притаманні зниження нервово-психічної стійкості й поведінкової регуляції, неадекватність самооцінки і сприйняття дійсності, чітке прагнення перекладати відповідальність на зовнішні обставини, інших людей, випадкові фактори, ніж брати її на себе. Загальною тенденцією виявилася надмірна схильність до ризику в ситуаціях професійних дій та соціальної взаємодії, надмірна упевненість в собі, емоційність при ухваленні рішення, приховувана жорстокість відносно оточуючих, негативізм, схильність не зважати на стримуючі фактори, наступальність, мстивість, непоступливість.

Респондентам з психологічною дезадаптацією з досвідом роботи в пожежній охороні більше 10 років, був властивий емоційно-відсторонений тип, для якого виявились характерними наступні індивідуально-психологічні особливості: сполучення тривожності, лабільності та ригідної фіксації на травмуючих спогадах, що, за рахунок сполучення полярних властивостей (ригідності і лабільності) обумовлювало виникнення емоційної напруги та внутрішнього конфлікту, комунікативні проблеми, які поглиблювали психологічну проблематику. Вони відрізнялись середнім рівнем потреби в екстремальних відчуттях, високою та середньою імпульсивністю, низькою готовністю до ризику, а також невисоким вольовим потенціалом. Домінуючою поведінковою стратегією в умовах стресу в них була емоційна «скупість», стриманість в професійних діях, прагнення залишатися «в тіні» та не проявляти ініціативу, зниження рівню поведін-

кової регуляції, прагматична спрямованість оцінки професійних вимог і оточуючих, орієнтація на власні інтереси, бажання, потреби без врахування соціальних норм і цінностей. Їм були властиві низьке самовладання в емоційно напружених ситуаціях, агресивність, підозрілість, дратівливість, високе внутрішнє напруження при

фрустрації, неадекватне реагування на стрес, песимістичність у сприйнятті власної особистості, професійної діяльності та спілкування.

Отримані дані були покладені нами в основу при розробці системи заходів психокорекції і психопрофілактики психологічної дезадаптації у співробітників пожежно-рятувальної служби.

Е. И. Чистикова

ТИПОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАБОТНИКОВ ПОЖАРНОЙ ОХРАНЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основе психодиагностического исследования 320 человек - работников пожарной службы Украины с психологической дезадаптацией, установлена типология психологических качеств, характерных для исследуемого контингента. Тревожно-избегающий тип характерен для лиц со стажем работы до 5 лет; патологически-рискованный тип присущ лицам, работающим в условиях повышенной опасности от 5 до 10 лет; эмоционально-отстраненный тип свойственен лицам со стажем работы более 10 лет. Полученные результаты легли в основу разработки системы мер психокоррекции и психопрофилактики психологической дезадаптации у сотрудников пожарно-спасательной службы. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 73-79).

O. I. Chystikova

TYPOLOGY OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS WORKERS OF FIRE PROTECTION WITH PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT, DEPENDING ON THE LENGTH OF SERVICE IN A HIGH RISK

Kharkiv medical academy of postgraduate education

On the basis of psycho-diagnostic study 320 people - employees of the fire service of Ukraine with psychological maladjustment, established typology of psychological traits characteristic of the studied population. Anxious-avoidant type is characteristic of individuals with work experience of 5 years; pathologically high risk inherent in the type of persons who work in high-risk environments from 5 to 10 years; emotionally detached style peculiar to those with experience of more than 10 years. The results formed the basis for the development of measures of psychological correction and psychoprophylaxis psychological maladjustment among employees Fire and Rescue Service. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 73-79).

Література

1. Абрамов О. В. Системно-структурний аналіз психічних розладів і особливості військово-медичної експертизи у співробітників правоохоронних органів: автореф. дис... докт. мед. наук: 14.01.16 / Абрамов Олександр Володимирович; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2005. — 35 с.

2. Михайлик О. П. Дезадаптивні стани та їх психотерапія у курсантів вищих військових навчальних закладів внутрішніх військ МВС України: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Михайлик Олег Петрович; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України — Харків, 2011. — 20 с.

3. Омелянович В. Ю. Порушення психологічної адаптації до служби в органах внутрішніх справ (гендерні особливості, механізми формування, система психокорекції та психопрофілактики): автореф. дис. ... докт. мед. н.: 19.00.04 / Омелянович Віталій Юрійович; Харківська медична академія

післядипломної освіти МОЗ України — Харків, 2013. — 34 с.

4. Тогобицька В. Д. Психокорекція професійних деструкцій працівників МНС України: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09 / Тогобицька Віолета Джемалівна; Національний університет цивільного захисту України. — Х., 2011 — 20 с.

5. Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) (Пособие для врачей) / Л. Н. Собчик. — М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1999.— 32 с.

6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.

7. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 490 с.

Поступила в редакцию 7.03.2013

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

*О. В. Пionтковська***ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ У БАТЬКІВ ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ**

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків, Україна

Ключові слова: сімейне функціонування, онкохворі діти, стрес-долаюча поведінка, конфлікт

Стрес викликає різноманітні зміни у психоемоційному стані та поведінці людини. Психологічне відреагування на психотравмуючу подію залежить як від інтенсивності та характеру стресу, так і особистісного ставлення до кризової події. Гострий, сильний та тривало існуючий стрес більш суттєво порушує психічне функціонування індивіда. Також особистості з психічним преморбідом, рисами характеру у вигляді тривожності, інфантильності, замкнутості, чутливості, образливості, афективної нестабільності, в періоді незавершеного горювання після попередньої психологічної травми, мають підвищену схильність до розвитку психопатологічних реакцій на психотравматичну ситуацію та психічної дезадаптації.

Виявлення онкологічної патології у дитини стає інтенсивним психологічним стресом для родини, в особливості батьків хворої дитини [1 – 3]. Прояви стресу виявляються у емоційній, когнітивній та поведінковій сферах психічної діяльності, і відображаються на внутрішньоособистісному та міжперсональному рівнях функціонування. Дані прояви повністю не зникають у періоді ремісії, а у разі рецидиву чи продовження хвороби у дитини гостро маніфестують [4]. Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини [5]. Одночасно психологічне самопочуття дитини залежить від психічного благополуччя її батьків, в особливості того з них, хто є емоційного ближчим [6].

Батьки застосовують різні стратегії протидії хворобі: примирення з ситуацією, уникнення, релігійна стратегія, стратегія очікування соціальної допомоги, оптимістичний настрій (the reliance on predictive control), надія на лікарів (vicarious control), надія на удачу або щасливий випадок (illusory control), збирання інформації (interpretative control). Стилі адаптації до хвороби матерів та батьків відрізняються. Батьки частіше використовують активні стратегії, а матері – пасивні [7 – 9].

Вивчення поведінкових патернів в аспекті

розвитку проявів дистресу у батьків дітей з онкопатологією є актуальним та важливим для збереження психічного здоров'я як них самих так і хворих дітей.

З метою вирішення поставленого завдання протягом 2011–2012 років на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків) нами було проведене психодіагностичне обстеження 428 батьків дітей з діагнозом онкологічного новоутворення (214 родин).

Для оцінки поведінкових патернів поведінки у ситуації стресу було використано методику вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копіngu» в адаптації Т. А. Крюкової [10]. Дослідження типів поведінки у конфліктних ситуаціях здійснювалося за допомогою тесту Томаса в адаптації Н. В. Гришиної [11].

Опитувані родини було розділено на групи за методикою PARI [11] в залежності від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи у ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини. Група 1 – 80,8% сімей (173) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів, як пов'язаних з лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу. У групі 2 – 19,2% (41) родин сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

За результатами оцінки патернів поведінки у ситуації стресу виявлені наступні відмінності у групах 1 та 2 (табл. 1). У групі 1 серед матерів провідною була копіng-стратегія, спрямована на емоційне відреагування (57,1±5,6 балів), тоді як у для чоловіків з даної групи – на рішення (51,7±5,7 балів). У групі 2 для жінок та чоловіків домінуючою була стрес-долаюча поведінка зі спрямовани-

стю на рішення (50,9±7,2 та 64,2±5,8 бали).

У чоловіків з обох груп частота застосування копінг-стратегії орієнтованої на вирішення ситуації була вищою у порівнянні з жінками (51,7±5,7 та 42,8±4,6 бали у групі 1 і 64,2±5,8 та 50,9±7,2 бали у групі 2, $p \leq 0,05$), тоді як на емоційне відреагування – нижчою (45,3±6,7 та 57,1±5,6 бали і 37,9±6,7 та 45,5±6,4 бали, $p \leq 0,05$). Тоді як серед жінок більш вираженим поставало соціальне відволікання на відміну від чоловіків (15,6±5,5 та 14,2±6,3 бали у групі 1 і 20,4±5,7 та 17,6±6,4 бали відповідно груп 2,

$p \leq 0,05$). Суттєвих відмінностей у застосуванні таких стратегій як уникнення та відволікання між жінками та чоловіками у однойменних групах виявлено не було.

Порівнюючи вибори щодо подолання стресу між групами виявлено, що серед опитуваних з групи 2 незалежно від статі більш часто використовувалася поведінка, спрямована на рішення та соціальне відволікання, і рідше – на уникнення і емоційне відреагування. Щодо відволікання значимих відмінностей у подружжів з групи 1 та 2 не спостерігалось.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика застосовуваних копінг-стратегій серед батьків онкохворих дітей у групах 1 та 2

Спрямування копінг-стратегії	Показники (бал±m)				Max
	Група 1, n=256		Група 2, n=82		
	Жінки, n=173	Чоловіки, n=173	Жінки, n=41	Чоловіки, n=41	
Рішення	42,8±4,6	51,7±5,7	50,9±7,2	64,2±5,8	80
Емоції	57,1±5,6	45,3±6,7	45,5±6,4	37,9±6,7	80
Уникнення	43,2±8,2	44,5±7,4	39,2±7,5	37,8±6,9	80
Відволікання	18,1±8,7	19,4±7,4	19,1±6,4	17,4±7,0	40
Соціальне відволікання	15,6±5,5	14,2±6,3	20,4±5,7	17,6±6,4	25

Отже, аналізуючи застосування копінг-стратегій у подружжів в залежності від функціональності сімейної системи, встановлено, що у дисфункціональних сім'ях, превалювали тактика емоційного відреагування, був знижений ресурс соціальної підтримки та раціонально-дієвий компонент вирішення актуальних проблем.

Поведінка у конфліктній ситуації – важливий показник, який характеризує особливості міжперсональної взаємодії у напруженій та стресовій ситуації. Виокремлено п'ять базових типів поведінки у конфліктній ситуації: співробітництво, суперництво, компроміс, уникнення та пристосування. По своїй суті поганих чи хороших стратегій поведінки не вирізняється, однак у кожній конкретній конфліктній ситуації, має бути застосоване збалансоване поєднання тактик конфліктної взаємодії, яке б дозволяло ефективно вирішувати проблему.

Результати вивчення поведінки у конфліктних ситуаціях поміж батьків онкологічно хворих дітей представлені у табл. 2. У групі 2 подружжя найчастіше застосовували стратегію поведінки у конфлікті у вигляді співробітництва

(8,4±1,3 балів у жінок та 8,9±1,5 балів у чоловіків), та найрідше – пристосування (відповідно 4,1±1,4 та 4,5±1,5 балів). Тоді як у групі 1 поміж жінок домінували пристосування (6,4±1,7 балів) чи уникнення (6,5±1,5 балів), а чоловіків – пристосування (6,8±1,5 балів), суперництво (6,2±1,2 балів) та співробітництво (6,0±1,5 балів).

У групі 2 значима різниця у частоті використання тієї чи іншої поведінки у конфлікті було виявлено лише для стратегії уникнення, більш вираженого у жінок (5,3±1,5 та 4,6±1,6 балів, $p \leq 0,05$), ніж чоловіків. У групі 1 існували суттєві відмінності між подружжями, що проявлялися переважанням співробітництва, суперництва та пристосування у чоловіків (відповідно 6,0±1,5 та 5,4±1,6 балів; 6,2±1,2 та 5,8±1,4 балів; 6,8±1,5 та 6,4±1,7 балів, $p \leq 0,05$), та компромісу і уникнення у жінок (6,1±1,7 та 4,2±1,6 балів і 6,5±1,5 та 5,4±2,0 балів, $p \leq 0,05$).

Також виявлено наступні відмінності між групами 1 та 2. Жінки з групи 1 у порівнянні з матерями групи 2 рідше використовували такий тип поведінки у конфлікті як співробітництво (5,4±1,6 бали у осіб з групи 1 та 8,4±1,3 бали у

опитуваних групи 2, $p \leq 0,05$), та частіше – пристосування ($6,4 \pm 1,7$ та $4,1 \pm 1,4$ балів, $p \leq 0,05$), уникнення ($6,5 \pm 1,5$ та $5,3 \pm 1,5$ балів, $p \leq 0,05$), компроміс та суперництво ($6,1 \pm 1,7$ та $5,2 \pm 1,6$

балів і $5,8 \pm 1,4$ та $4,5 \pm 1,5$ балів, $p \leq 0,05$). Поміж чоловіків з групи 1 та 2 ситуація була подібною, окрім відсутності значимої різниці в застосуванні тактики компромісу.

Таблиця 2

Поведінка у конфліктних ситуаціях серед батьків онкохворих дітей у групах 1 та 2

Типи поведінки у конфліктній ситуації	Показники (бал \pm m)			
	Група 1, n=256		Група 2, n=82	
	Жінки, n=173	Чоловіки, n=173	Жінки, n=41	Чоловіки, n=41
Співробітництво	5,4 \pm 1,6	6,0 \pm 1,5	8,4 \pm 1,3	8,9 \pm 1,5
Суперництво	5,8 \pm 1,4	6,2 \pm 1,2	4,5 \pm 1,5	5,0 \pm 1,6
Компроміс	6,1 \pm 1,7	4,2 \pm 1,6	5,2 \pm 1,6	4,6 \pm 1,7
Уникнення	6,5 \pm 1,5	5,4 \pm 2,0	5,3 \pm 1,5	4,6 \pm 1,6
Пристосування	6,4 \pm 1,7	6,8 \pm 1,5	4,1 \pm 1,4	4,5 \pm 1,5

Особистості, які використовували стиль суперництва, були активними і йшли до вирішення конфлікту найчастіше силовим шляхом. Вони не були зацікавленими у співпраці з іншими і досягали мети, використовуючи свої вольові якості. Намагалися в першу чергу задовольнити власні інтереси всупереч інтересам інших, змушуючи їх приймати потрібне їй рішення проблеми.

Стиль уникнення означав, що індивід не відстоював свої права, ні з ким не співпрацював для вироблення рішення або ухилявся від вирішення конфлікту. Для цього використовували відхід від проблеми, ігнорування її, перекладання відповідальності на іншого, відстрочка рішення.

Пристосування – це дії спільно з іншою людиною без спроби відстоювати власні інтереси. На відміну від ухилення, при цьому стилі мала місце участь в ситуації і згода робити те, чого хоче інший. Це був стиль поступок і принесення в жертву власних інтересів.

Особи, які використовували стиль співробітництва, приймали активну участь у вирішенні конфлікту та відстоювали свої інтереси, однак намагалися при цьому співпрацювати з іншою людиною. Цей стиль потребував більш тривалих витрат часу та зусиль, ніж інші, однак і показував себе як ефективніший. Співробітництво – хороший спосіб задоволення інтересів обох сторін, який вимагав розуміння причин конфлі-

кту і спільного пошуку нових альтернатив рішення. Серед інших стилів співробітництво - найважчий, але найбільш ефективний стиль у складних і важливих конфліктних ситуаціях.

При використанні стилю компромісу обидві сторони поступалися в своїх інтересах, щоб задовольнити їх в іншому, часто головному. Це робилося шляхом торгу та обміну, поступок. На відміну від співпраці, компроміс досягався на більш поверхневому рівні – один поступався в чомусь, інший теж, в результаті з'являлася можливість прийти до спільного рішення. Відбувався не пошук причин і їх усунення, а знаходження рішення, що задовольняло одномоментні інтереси обох сторін.

Узагальнюючи, сім'ї з порушенням сімейного функціонування, одним з критеріїв якого була підвищена конфліктність у родині, характеризувалися домінуванням таких стратегій як суперництво, уникнення, пристосування, що проявили себе як малоефективні для вирішення актуальних проблем, які виникали у зв'язку з онкологічною хворобою у дитини.

Вивчення поведінкових патернів та взаємодії у конфліктних ситуаціях поміж батьків дітей з онкологічною патологією надає можливість більш повно проаналізувати стан психічної адаптації подружжів та зрозуміти актуальну сімейну ситуацію, що важливо для організації та планування заходів медико-психологічної допомоги.

А. В. Пионтковская

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА У РОДИТЕЛЕЙ ОНКОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

КЗОЗ Областная детская клиническая больница № 1, г. Харьков, Украина

В работе проведено изучение стресс-преодолевающего поведения и типа поведения в конфликтной ситуации у родителей детей с онкологической патологией в зависимости от функциональности семейной системы. Установлено, что в дисфункциональных семьях, преобладали тактика эмоционального отреагирования, был снижен ресурс социальной поддержки и рационально-действенный компонент решения актуальных проблем. Обнаружено, что семьи с нарушением семейного функционирования, характеризовались доминированием таких стратегий как соперничество, избегание, приспособление, проявивших себя как малоэффективные для решения актуальных проблем, возникших в связи с онкологической болезнью у ребенка. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 80-83).

O. V. Piontkovskaya

BEHAVIORAL PATTERNS OF COPING IN PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER

Kharkiv regional pediatric clinic №1, Kharkiv, Ukraine

In this paper was studied the stress overcoming behavior and the behavior in conflict situations among parents of children with cancer, depending on the functionality of the family system. Found that in dysfunctional families emotional tactics prevailed, was reduced social support and resources of rationally component of solving actual problems. We found that families with violation of family functioning, characterized by the dominance of such strategies as competition, avoidance, adaptation that proved to be ineffective to address the pressing problems that arise in connection with oncological disease in children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 80-83).

Література

1. Psycho-Oncology / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [et al.]. — Oxford University press, 2010. — 745 p.
2. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
3. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих [и др.] // Журнал практического психолога. - 2009. - N 2. - С. 87-102.
4. Маркова М. В. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками / М. В. Маркова, О. В. Пионтковська, І. Р. Кужель // Медична психологія. — 2013. — Т. 8, № 1 (29). — С. 7 – 13.
5. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model / M. Tremolada, S. Bonichini, G. Altoni [and othr.] // Support Care Cancer. — 2011. — Vol. 19. — Issue 5. — P. 591 – 598.
6. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [and othr.] // Psychooncology. — 2008. — Vol. 17. — Issue 5. — P. 448 – 459.
7. Fletcher P. C. My child has cancer: the costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer / P. C. Fletcher // Issues Compr Pediatr Nurs. — 2010. — Vol. 33. — Issue 3. — P. 164 – 184.
8. Fathers' views and understanding of their roles in families with a child with acute lymphoblastic leukaemia: an interpretative phenomenological analysis / K. Hill, A. Higgins, M. Dempster [and othr.] // J Health Psychol. — 2009. — Vol. 14. — Issue 8. — P. 1268 – 1280.
9. Clarke J. N. Mother's home healthcare: emotion work when a child has cancer / J. N. Clarke // Cancer Nurs. — 2006. — Vol. 29. — Issue 1. — P. 58 – 65.
10. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 490 с.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.

Поступила в редакцию 14.03.2013

УДК 616.89-008.454+614.1

*Т.Л. Ряполова, Н.В. Титухин, Е.А. Кокотова***СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: аффективные расстройства, социально-демографическая характеристика, клиническая характеристика

Постоянный рост количества больных с депрессивными расстройствами в психиатрической и общемедицинской сети, особенно в контексте реформирования отечественной медицины, ставит перед врачами задачи по ранней диагностике, своевременной терапии и реабилитации данного контингента больных. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработана «Концепция тяжести болезни», в которой говорится о психических расстройствах, наиболее существенно оказывающих влияние на качество жизни пациентов. Неотъемлемой частью концепции является оценка вклада стигматизации и дискриминации в качество жизни лиц с душевными заболеваниями [1]. Проблема стигматизации и дискриминации в отечественной психиатрии считается наиболее актуальной при хронических психических расстройствах, в частности, при шизофрении [2, 3]. В то же время, больные с аффективными расстройствами не менее подвержены стигматизации и аутостигматизации [4]. При этом, несмотря на то, что проблема депрессий, как наиболее распространенного психического расстройства, продолжает оставаться в центре внимания зарубежных и отечественных исследователей, практически отсутствуют работы, направленные на всестороннее исследование особенностей стигматизации пациентов с депрессией. Целью настоящего исследования являлось изучение социально-демографических и клинических особенностей больных с аффективными расстройствами депрессивного спектра для последующего изучения механизмов и последствий их стигматизации и аутостигматизации.

На начальном этапе была разработана унифицированная карта клинического и социально-демографического анализа истории болезни больного с депрессией. Было проанализировано 156 историй болезни пациентов с аффективными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в «Областная кли-

ническая психиатрическая больница, г. Донецк». Социально-демографические и клинические характеристики больных с аффективными расстройствами, госпитализированных в психиатрический стационар, представлены в таблице 1.

Среди находившихся на лечении больных из изучаемого контингента 47,4% (74 чел.) составляли мужчины, женщины (82 чел.) – 52,6%, но преобладание удельного веса лиц женского пола был статистически недостоверным ($p > 0,05$). Распределение больных по возрасту было следующим: до 20 лет – 27 чел. (17,3%), 21-30 лет – 45 чел. (28,9%), 31-40 лет – 46 чел. (29,5%), 41-50 лет – 32 чел. (20,5%), старше 50 лет – 6 чел. (3,8%), т.е. аффективные расстройства чаще встречались в возрасте до 50 лет с большей заболеваемостью в возрасте от 21 года до 40 лет. Средний возраст изучаемого контингента – $34 \pm 2,18$ года, т.е. преобладали лица молодого трудоспособного возраста.

По социальному статусу среди больных с аффективной патологией статистически достоверно ($p < 0,05$) преобладали служащие (58 чел., 37,2%). Достаточно большой удельный вес неработающих (36 чел., 23,1%) свидетельствует о хроническом характере заболевания, приводящем в конечном итоге к инвалидизации или потере рабочего места и, соответственно, снижению социального статуса пациентов.

Среди обследованного контингента 63 больных (40,4%) имели собственные семьи (различия статистически достоверны, $p < 0,05$), 36,5% (37 чел.) никогда не состояли в браке, а 34 чел. (21,8%) были разведены к моменту госпитализации. Следовательно, аффективная патология не ведет к потере семейного статуса больными. При этом примерно в одной трети случаев имелись проблемы во взаимоотношениях как в собственных, так и в родительских семьях: 29 чел. (18,6%) характеризовали взаимоотношения в семьях как эпизодически конфликтные, 15 чел.

(9,6%) – как частые конфликты, 17 чел. (10,9%) – как эмоционально отстраненные, что нередко являлось причиной усугубления депрессивной симптоматики у обследованных больных. Несмотря на то, что более половины пациентов (86 чел., 55,1%) воспитывались в полных семьях, достаточно высоким был удельный вес пациентов, выросших в неполных семьях (68 чел., 43,6%), что могло закладывать предрасположенность к развитию депрессии в молодом и зрелом возрасте. Помимо этого, как предрасполагающий к депрессии фактор, в части случаев больными отмечалось дисгармоничное воспитание: 32 чел. (20,5%) оценивали воспитание в семье как гиперопеку, 27 чел (17,3%) – как гипоопеку. Достаточно высокий процент неудовлетворительных

отношений с родственниками, наличие одиноких больных, с одной стороны, может рассматриваться как фактор, провоцирующий начало или рецидив заболевания и предполагающий относительно неблагоприятный прогноз в плане семейной адаптации, стигматизации, аутостигматизации и повторных обострений заболевания у больных с аффективной патологией, с другой стороны, обуславливает необходимость стимулирования развития социальных сетей пациентов, позволяющих расширить их социальные контакты и сеть поддержки, а также проведения семейной и психологической терапии с целью нормализации стиля семейных отношений и снижения уровня стигматизации и аутостигматизации больных и их родственников.

Таблица 1

Социально-демографические и клинические характеристики больных аффективными расстройствами

№	Показатель	Число больных	
		Абс.	%
1	Пол:		
	- мужской	74	47,4
	- женский	82	52,6
2	Возраст:		
	- до 20 лет	27	17,3
	- 21-30 лет	45	28,9
	- 31-40 лет	46	29,5
	- 41-50 лет	32	20,5
	- старше 50 лет	6	3,8
3	Социальный статус:		
	- рабочий	35	22,4
	- служащий	58	37,2
	- учащийся	8	5,1
	- студент	19	12,2
	- не работает	36	23,1
4	Семейный статус:		
	- холост (не замужем)	57	36,5
	- женат (замужем)	63	40,4
	- разведен (а)	34	21,8
	- вдовец (вдова)	2	1,3
5	Взаимоотношения в семье:		
	- ровные	62	39,7
	- дружеские	33	21,2
	- эпизодические конфликты	29	18,6
	- частые конфликты	15	9,6
	- эмоционально отстраненные	17	10,9
6	Родительская семья:		
	- полная	86	55,1
	- неполная	68	43,6
	- сирота	2	1,3
7	Воспитание в родительской семье:		
	- гармоничное	97	62,2
	- гиперопека	32	20,5
	- гипоопека	27	17,3
8	Материальная обеспеченность:		
	- удовлетворительная	135	86,5
	- уровень выживания	17	10,9
	- неудовлетворительная	4	2,6
9	Жилищно-бытовые условия:		
	- удовлетворительные	150	96,2
	- неудовлетворительные	6	3,8
10	Преморбидные особенности личности:		
	- гармоничная личность	72	46,2
	- замкнутость	15	9,6
	- вспыльчивость	9	5,8
	- тревожность	60	38,4
11	Психические расстройства в анамнезе:		
- не было	127	81,41	

Жилищно-бытовые условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными, лишь 3,8% (6 чел.) не имели постоянного места жительства или проживали без прописки в помещениях барачного типа. Несмотря на то, что большинство больных оценивали свое материальное положение как удовлетворительное, среди обследованного контингента выделялась группа пациентов (17 чел., 10,9%) которые находились в материальном плане не уровне выживания: они с трудом «сводили концы с концами», пенсии по инвалидности или случайно заработанных денег хватало лишь на скудное пропитание, другие расходы были практически недоступны. При этом в части случаев (2,6%) можно было говорить о фактически бедственном положении: больные недоедали, носили старые вещи. Безусловно, низкий уровень жилищно-бытовой и материальной обеспеченности являлся провоцирующим развитие депрессивного расстройства фактором у всех описанных больных.

В преморбиде у большей части пациентов отмечались такие черты личности как замкнутость (15 чел., 9,6%), вспыльчивость (9 чел., 5,8%), тревожность (60 чел., 38,4%) и лишь 46,2% больных характеризовались как гармоничные личности. Более чем у 50% пациентов в анамнезе отмечались психические расстройства, которые, как правило, не требовали психиатрического вмешательства и расценивались близкими как особенности или «странности» в поведении и восприятии текущих событий. Наибольший удельный вес (11,54%, 18 чел.) принадлежит невротоподобным расстройствам в виде тревожной, тревожно-фобической симптоматики, навязчивостей, неврастенических симптомов, психосоматических и ипохондрических

расстройств, также имели место психопатоподобные (8 чел., 5,13%) расстройства (эмоциональная взрывчатость, патологическая ревность), отдельные психотические симптомы (3 чел., 1,52%) в виде подозрительности и отрывочных идей отношения. Таким образом, в структуре ранних проявлений аффективных расстройств наблюдались различные по глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности симптомы преимущественно невротического уровня.

По диагностическим категориям МКБ-10 больные распределились следующим образом: биполярное аффективное расстройство (F 31) – 27 чел. (17,3%), депрессивный эпизод (F 32) – 43 чел. (27,6%), рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) – 54 чел. (34,6%), хронические (аффективные) расстройства настроения (F 34) – 32 чел. (20,5%). У 42 пациентов (26,9%) сроки госпитализации составляли 2 месяца и более, что было связано медикаментозной резистентностью или пролонгацией депрессивной симптоматики вследствие реакции больных на факт психиатрического диагноза и ситуацию госпитализации в психиатрический стационар, что в последнем случае требовало специфических антистигматизационных личностно-ориентированных психотерапевтических мероприятий.

Таким образом, социально-демографические и клинические особенности больных аффективными расстройствами, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств, в том числе антистигматизационной направленности, как неотъемлемой части психиатрического лечения.

Т.Л. Ряполова, Н.В. Тімухін, О.О. Кокотова

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У роботі представлено клінічні та соціально-демографічні характеристики 156 хворих на афективні розлади, що були шпиталізовані у КЛПУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня, м.Донецьк». Отримані дані вказують на необхідність для дослідженого контингенту не тільки психофармакотерапії, а й цілеспрямованих психосоціальних, в тому числі антистигматизаційних, втручань як важливої частини психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 84-87).

**SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF AFFECTIVE
DISORDERS BY DEPRESSIVE SPECTRUM**

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

Clinical and social-demographic characteristics of 156 patients with affective disorders which were hospitalized in Donetsk Regional Clinical Psychiatric Hospital. Received data indicate the necessity of psychopharmacology and consistent psychosocial including anti-stigma interventions as important part of psychiatric help. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 84-87).

Литература

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Соц. и клин. психиат. – 2005. – Т. 366. – С. 94 - 102.
2. Систематизція передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади : метод. рекоменд. / Донец. нац. мед. ун-т ім. М. Горького ; сост. : Марута Н.О., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. [та ін.]. – Донецьк, 2012. – 32 с.

3. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2009. – 584 с.
4. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2005. - № 11. – С. 50 – 54.

Поступила в редакцию 4.02.2013

УДК: 616.89-008.421/428-02-083

*В. Ан. Абрамов, Г. Г. Пуятин, О. К. Малтапар, М. А. Шелестова, В. Ал. Абрамов, А. А. Бойченко***АНТИСТИГМАТИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: дестигматизация, психические расстройства

Несмотря на то, что говоря о современных тенденциях развития психиатрической службы в развитых странах, Н. Сарториус (1), с сожалением отмечает, что “стигматизация и дискриминация психически больных будут продолжаться”, в различных странах возрастает интерес к проблемам дестигматизации, которая является главным ресурсом улучшения качества жизни больных. В частности, вопросам борьбы со стигмой, использования индивидуальных ресурсов пациентов (копинги, стиль функционального выздоровления и др.), факторам их социальной поддержки много внимания уделялось на 21 европейском конгрессе психиатров в Ницце в 2013г. (2).

К проблеме дестигматизации впервые было привлечено внимание в связи с появлением антипсихиатрического движения в 60-х годах прошлого столетия. Это движение довольно подробно освещено в литературе (3-5). Однако есть смысл рассмотреть ряд выдвигаемых им положений, поскольку при всей их спорности и неоднозначности некоторые из них пересекаются с антистигматизационными подходами (6,7). Хорошо известно, что антипсихиатрия выступала против медицинской модели болезни и как альтернативу выдвинула ее социальную модель (8), согласно которой среда препятствует свободному самовыражению человека и если таковое реализуется, то среда объявляет его психическим больным. Антипсихиатры выступали против «наклеивания ярлыков» диагноза. Они считали, что за ними исчезает личность больного, происходит его обезличивание. Вину за стигматизацию антипсихиатры полностью приписывали психиатрам и психиатрической нозологии вообще (по их мнению последняя существует для придания респектабельности и наукообразия действиям по изоляции неугодных обществу лиц) (9). Следует добавить, что они выступали

также против психиатрических больниц как воплощения дегуманизационного начала. В качестве замены предлагалась идея терапевтического сообщества лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. За основу были взяты принципы партнерства и равенства, отказ от диагнозов и медикаментозного лечения.

Практика показала несостоятельность идеи замены психиатрических больниц терапевтическими сообществами, и многие пациенты оказались без врачебной помощи, пополнив ряды безработных и бездомных людей. Однако желание устранить барьер между психически больным и окружающим миром остается чрезвычайно актуальным и в наши дни. В качестве примера можно привести отмечаемую во многих странах современную тенденцию к деинституционализации в психиатрии, стремление к замене госпитального содержания больных их внебольничным лечением, к переименованию шизофрении что, в конечном счете, само по себе ведет к смягчению стигмы (10, 11). Таким образом, с одной стороны, антипсихиатрическое движение способствовало гуманизации психиатрии и переориентации психиатрической помощи на внебольничный сектор с включением людей с психиатрическими расстройствами в социальную жизнь, а, с другой – нанесло серьезный урон психиатрии как научной дисциплине и психически больным, которые под лозунгом «свободы быть иным» нередко оставались без специализированной помощи.

Учитывая тесную взаимосвязь между стигмой, дискриминацией и нарушением прав человека с психическими расстройствами, психиатрическая помощь должна носить антистигматизированную направленность. Однако в настоящее время мало кто придерживается оптимистической точки зрения относительно того, что можно в ближайшее время и в широком масш-

табе добиться дестигматизации общества (12, 13). Стигматизация психических больных является сложной проблемой, и не существует простых путей ее решения, поэтому дестигматизирующее вмешательство должно вестись на многих уровнях с учетом фактов, установленных научными исследованиями, и накопленным опытом практической работы. В целом, в настоящее время многие ученые приходят к выводу о невозможности найти единственный способ борьбы со стигматизацией, своего рода панацеею – необходим целый комплекс мер, направленных как на разные группы населения, так и на разные общественные структуры, которые могут задействовать различные механизмы и способы воздействия. В этой связи представляется необходимым анализ этих комплексных мер, которые, с точки зрения различных авторов (14-17) могут дать заметный эффект. Стигматизация психических больных никогда не была чисто теоретической, оторванной от жизни и практики проблемой. За научными разработками в этой области всегда стояла конкретная цель – дестигматизация общества. История развития данной проблемы - это во многом история различных программ и проектов, направленных на смягчение урона, наносимого стигмой. Проблемой стигматизации всегда занимались разные специалисты – психиатры, социологи, психологи, что обусловлено огромной практической значимостью ее решения не только для психиатрии, но и для жизни общества в целом. В последние годы существенную роль в этом играют международные организации, в том числе Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА), Всемирная федерация психического здоровья (ВФПЗ) и др. Чтобы преодолеть тяжелые последствия стигмы и дискриминации, связанные с диагнозом шизофрении и проявлениями заболевания, в 1996 году по инициативе ВПА была запущена глобальная программа «Открытые двери», а в 2005 году в этой же организации была создана секция по стигме и психическому здоровью. Под эгидой ВОЗ и ВФПЗ ежегодно 10 октября проводится Всемирный день психического здоровья.

Для уменьшения этого негативного социального явления, преодоления стигматизации и дискриминации больных под эгидой ВОЗ и ВПА в 27 странах осуществляется программа «Открытые двери», в Англии под управлением Королевского колледжа психиатров действует целый ряд программ: «Изменение в умах», «Образы пси-

хиатрии», «Партнеры по уходу». Высокая социальная значимость стигмы психического заболевания признается профессионалами, учеными и политиками многих стран. В странах европейского региона по инициативе ВОЗ осуществляются различные программы государственного масштаба, направленные на интеграцию больного и общества и, в частности, на преодоление стигматизации и дискриминации душевно больных. (18-21). Подходы к дестигматизации преимущественно делают акцент на межличностных детерминантах стигматизации, рассматривая ее в структуре предубеждений (22, 23). Другой подход к дестигматизации учитывает явление самостигматизации. С точки зрения данного подхода, для успешной дестигматизации работа только с предупреждением стигматизаторов будет недостаточной. Необходима психосоциальная поддержка стигматизированного субъекта, а так же его собственная внутренняя работа по преодолению самостигматизации. Выделяют (24) три аспекта дестигматизации: 1) информационный – изменение стереотипов социальных реакций на психически больного человека за счет донесения неискаженной и правдивой информации о психических расстройствах и их последствиях для самого больного, его семьи и общества в целом. Это предполагает широкую просветительскую работу, использование психообразовательных программ, повышение толерантности общества к «инакомыслию» и «инакодействию» за счет повышения его информированности; 2) психотерапевтический – нейтрализация негативных эффектов стигматизации, которые испытывает больной, а так же увеличение толерантности больных и членов их семей к проявлениям стигматизации и дискриминации; создание терапевтической среды и условий для реализации потребностей, а так же ограниченных возможностей пациентов; 3) обучающий – обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, а так же опознанию пререцидивных расстройств.

Опыт работы отделения внебольничной психиатрии института им. В. М. Бехтерева позволил сформулировать основные положения процесса дестигматизации: 1) нейтрально – уважительное отношение мед. персонала; 2) формирование у больных и их родственников адекватного представления о психическом заболевании, как не имеющем принципиальных отличий от любой другой патологии с точки зрения общемедицинских и социальных последствий; 3) формирование у больного отношения к ограни-

чительно – изоляционным мерам, как к направленным на усиление его личной безопасности и сохраняющих его социальные права; 4) концентрация усилий на освобождение членов семьи больного от чувства вины и сохранение прежнего стереотипа жизни семьи и внешних социальных контактов; 5) получение больными эмоциональной и социальной поддержки (25).

Повышение уровня знаний и просвещение населения являются наиболее очевидным способом борьбы со стигматизацией, смягчения отношений и установок, и последующего изменения поведения. Однако данные относительно эффективности повышения уровня образования в этих целях очень противоречивы. Ряд исследований свидетельствуют о существенном улучшении общественного отношения после проведении образовательных программ, по крайней мере на какой-то срок (19, 26). Другие авторы высказывают более скептическое отношение, подчеркивая роль эффекта социальной желательности (27). Существует мнение что нужно делать акцент на помощь самим психически больным и их родственникам, отказаться от задачи изменить взгляды общества в целом как неосуществимой в ближайшем будущем (13). Это верно только отчасти, поскольку для достижения действительно существенного эффекта в смягчении стигмы нужно иметь ввиду далеко идущую цель общей дестигматизации общества. Противоречивость данных приведенных выше исследований об эффективности образовательных мероприятий для дестигматизации общества во многом определяется применением разных методологических подходов (16). Действительно, если результаты какой-то просветительской программы продемонстрировали отсутствие изменений в отношении населения к психически больным, этого не достаточно для окончательного вывода о неэффективности таких программ вообще. Практически единственным реально доступным способом воздействия на общественное мнение является информационный. Поэтому важнее ставить вопрос не в целом о целесообразности антистигматизационных мероприятий, а о том, как сделать эти мероприятия более действенными. Эффективность антистигматизационных воздействий зависит от того, с помощью каких методов они реализуются и какая информация передается. Для ответа на вопрос, какие методы дестигматизации могут быть наиболее эффективными, накоплено уже достаточно много факторов, позволяющих сделать определенные выводы. Прежде всего это

уже рассматривающийся вопрос о бесполезности распространения «сухих», теоретических знаний о психиатрических заболеваниях и необходимости предоставления информации, которая затрагивала бы эмоциональную сферу. Проведенные исследования говорят о том, что в большинстве образовательных программ воздействие идет только на когнитивном уровне, тогда как аффективный уровень, уровень чувств практически не затрагивается. Отмечается, что в результате большинства опросов выявляются лишь осознанные установки людей по отношению к психически больным, в то время как причины действительного отношения людей лежат на более глубоком неосознанном уровне (28, 29).

Многие исследователи отмечают положительную роль личного контакта с психически больным. Среди родственников больных и людей, имеющих опыт непосредственного общения с душевнобольными, отношение к ним в целом более позитивное, чем среди населения. Данные исследований D. Penn и соавт. свидетельствуют о том, что увеличение контактов с душевнобольными приводит к менее критическому отношению к ним. G. Wolf (39) также пришел к выводу, что страх перед психически больными уменьшается при непосредственном контакте с ними. Высказывается также мнение, что непосредственный контакт с психически больными полезен для мотивированных и заинтересованных студентов, но среди населения этот механизм срабатывает, только когда люди видят пациентов при выполнении ими ежедневных ролей. R. Haghghat (16) отмечает, что, используя метод непосредственных контактов с пациентами, мы сталкиваемся с дилеммой: с одной стороны, если представлять обществу вылечившихся пациентов, они, вероятно, попадут в подтип «исключений», что не будет служить изменению стереотипа; с другой – если мы будем работать в пределах стереотипа и представим обществу «типичных» пациентов, всегда есть риск усиления этого стереотипа.

Альтернативой образовательным мероприятиям путем передачи готовых фактов являются дискуссии. Представление, которое активно формируется в процессе самостоятельного поиска ответа на спорные вопросы, а не выдается в готовом упрощенном виде, гораздо более устойчиво и действенно и становится частью мировоззрения. Это подтверждается данными о преимуществах антистигматизационных программ проблемно ориентированного обучения над традиционным. (30). Важной составляющей успе-

ха антистигматизационных мероприятий является заинтересованность тех, на кого они направлены. Поэтому гораздо более эффективна работа, не со всем населением, а направленная на конкретные, целевые группы. (31). Какой бы способ борьбы со стигматизацией не применялся, ее важным общим принципом являются активность и гласность. Поэтому логично использовать уже накопленный опыт борьбы с национализмом, сексизмом и эйджизмом, который свидетельствует о том, что прежде чем приступить к решению какой-то проблемы, нужно сначала обозначить ее, сделать достоянием гласности, привлечь тем самым внимание к ней всего общества. Привлечения внимания к стигматизации согласуется и с общеизвестным психотерапевтическим принципом: о проблеме нужно говорить. Одним из возможных средств, способствующих дестигматизации, является введение термина «психофобия» для обозначения состояния человека, у которого остаются предрассудки в отношении психических заболеваний, несмотря на рациональность суждений об их природе. Формирование «политически корректного языка» стало ключевым фактором в успехе компаний, направленных против дискриминации на основании половых, возрастных, религиозных и расовых различий, особенностей размера тела, физической неполноценности (32).

Одним из эффективных антистигматизационных методов является придание гласности своей болезни известными обществу людьми, страдающими психическим заболеванием или перенесшими его. Такие выступления «знаменитостей» играют важную роль в просвещении общественности и помощи пациентам и семьям, «сражающимся» с психической болезнью и сопровождающей ее стигмой (33).

Многие исследователи отмечают, что источники нашего отношения к психически больным часто неосознанны, иррациональны (34). Это действительно очень серьезное препятствие для проведения антистигматизированных мероприятий, хотя скорее всего не абсолютно непреодолимое. Единственный способ изменить бессознательные чувства – это сделать их осознанными, привлечь к ним внимание. Осведомленность людей о наличии у них бессознательных чувств в отношении психически больных может предостеречь их, хотя бы в некоторой степени, от стигматизирующего поведения в будущем (16).

Существует мнение, что образовательные программы обречены на провал, если в средствах массовой информации появляются край-

не негативные данные о психически больных. В то же время средства массовой информации могут служить и в борьбе со стигматизацией, и многие авторы подчеркивают важность их использования в антистигматизационных мероприятиях, привлечения к этой работе журналистов, проведения различных ток – шоу с участием психиатров (35, 16). Рассматривая проблему стигматизации, ряд авторов явно или неявно используют модель с разделением ее когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих. К примеру, R. Haghghat (16) предлагает для уменьшения стигмы разные меры воздействия для ее когнитивного, аффективного и поведенческого, или дискриминирующего, уровней. М. М. Кабанов (34) подразделяет стигматизаторов в зависимости от наличия у них поведенчески, когнитивно или эмоционально «слабых мест» в плане мотивации стигматизации. Выделение этих трех компонентов часто используется в психологии применительно к разным видам психической деятельности. В области человеческих отношений такую схему предложил В. Н. Мясищев. По его мнению, общение людей является процессом, в котором можно четко выделить три теснейшим образом взаимосвязанных компонента – психическое отражения (в смысле познания) участниками общения друг друга, отношение их друг к другу (эмоциональный отклик, который вызывает один человек в другом) и обращение их друг с другом (особенности поведения, которые человек демонстрирует по отношению к другому).

Как уже отмечалось, уровень стигматизации тесно коррелирует с уровнем психиатрической грамотности населения, поскольку в отношении того, кто идентифицируется обществом как психически больной, используются соответствующие представления, отношения и формы поведения. Это дало основания многим исследователям (19) предположить, что психиатрическая безграмотность населения обуславливает низкую толерантность к психическим больным. Это предположение подтвердилось исследованиями (33), которые обнаружили чрезвычайно низкую степень психиатрической грамотности во многих обществах, где имеет место негативное отношение к психически больным. Однако первые результаты психиатрического просветительства оказались разочаровывающими. Дальнейшие исследования в этой области (36) дали основания предположить, что связь между психиатрической грамотностью и стигмой не является непосредственной, а опосредована рядом факто-

ров. Поэтому низкая психиатрическая грамотность может сочетаться и с высокой толерантностью по отношению к душевнобольным (например, в примитивных обществах) и, наоборот, высокий уровень знаний (к примеру у профессиональных медицинских сестер) – с низким уровнем терпимости. Эмоциональный компонент стигматизации общества к психически больным менее доступен непосредственному изучению, чем когнитивный и поведенческий. В этом случае вряд ли будут уместны прямые вопросы респонденту о его отношении к пациентам психиатра: во-первых, ответы будут значительно искажены эффектом социальной желательности, но, главное, чувства часто не осознаются самим респондентом, и поэтому он не может дать отчет о них. По этой причине при использовании опросников отношений или аттитюдов (например, получивших широкое распространения *Opinions about mental illness – OMI*, *Community attitudes to the mentally ill – CAMI* (37), *Perceived Devaluation-Discrimination Scale* (17) в них включаются утверждения типа представлений о психически больных и соответствующих поведенческих установок, однако с большей оценочностью, акцентом на субъективное мнение. Это позволяет выявить эмоциональный компонент наряду с когнитивным и поведенческим. Для снижения эффекта социальной желательности часто используются вопросы о мнении не самого респондента, а других людей, которые информативны ввиду их проективности. Перспективным представляется и использование метода семантического дифференциала для выяснения глубинных, неосознанных отношений людей к психически больным.

Поведенческий компонент стигматизации, который проявляется в действиях и поступках, дискриминирующих психически больных, является одним из наиболее важных, поскольку такая дискриминация наиболее заметна. Предпринимаются попытки непосредственного воздействия на данный уровень стигмы. Это возможно, например, с помощью законодательных или экономических мер – поощряющих или накладывающих санкции за определенные действия, например льготы для работодателей, предоставляющих места лицам с психическими заболеваниями или штраф за необоснованный отказ им от работы. Принятие указанных мер, как показывает зарубежный опыт (16) может давать положительный результат. Однако стигматизация и особенно само-стигма считаются феноменами, резистентными к социальным формам дес-

тигматизации, что определяет важную роль психотерапевтических личностно-реконструктивных методов (10).

Важной, но крайне недостаточно изученной является проблема формирования у пациентов конструктивных поведенческих стратегий, направленных на преодоление стигматизации и особенно само-стигмы. Описываются различные способы такого приспособительного поведения. К наиболее конструктивным относятся участие в специальных группах поддержки и общественных движениях психически больных и их родственников, к деструктивным – необращения к психиатру, деятельность, направленная на снятие психиатрического диагноза (даже при наличии явной психопатологической симптоматики), отказ от лечения психотропными препаратами, проявления госпитализма. Как видим, эффективность приспособительного поведения в данном случае определяется конструктивностью сотрудничества с социумом и, в частности, с психиатрическими службами. В свою очередь эта конструктивность зависит от копинг-ресурсов личности, к каковым относятся механизмы совладания и психологической защиты. Чем более инфантильна личность и менее дифференцированно ее самосознание, тем интенсивнее она использует механизмы психологической защиты и менее активно – механизмы совладания. Это говорит о значимости предпочтительных механизмов психологической защиты для способности больного адаптироваться к своему положению. При этом успешность преодоления стигмы становится одним из предикторов прогноза, так как обуславливает регулярность приема поддерживающей терапии и во многом определяет эмоциональную стабильность в период ремиссии (38).

Эвристически полезной для выявления и коррекции само-стигмы является модель «зачем пытаться» (39). Эта модель, направленная на расширение возможностей предписывает, что «может быть сделано» для достижения цели, а не то «что не должно быть сделано». Этот вид позитивного подхода к изменению поведения обычно более успешен, чем подход, сфокусированный на дисфункции (40). Задача здесь заключается не в устранении стигмы, а в способствовании расширению возможностей, которые улучшают достижение жизненных целей и участие в научно обоснованных лечебно-реабилитационных практиках, связанных с этими целями (39). Другим способом влияния на само-стигму и эффект «зачем пытаться» является воздей-

стве через групповую идентичность, признание рисков отождествления с негативно оцениваемой группой и выстраивание позитивной групповой идентичности (41).

Проанализировав взаимосвязь трех компонентов стигматизации (когнитивного, эмоционального и поведенческого), можно сделать вывод, что воздействия информационного характера и непосредственное воздействие на поведение обязательно должны сопровождаться антистигматизационным влиянием на аффективный уровень, т. е. способствовать симпатии к душевнобольным и эмпатии и не усиливать негативные эмоции в отношении их. Только тогда антистигматизационные воздействия будут действительными и эффективными. В контексте сказанного правомочен вопрос, необходимо ли ставить основной целью антистигматизации нивелирование негативных чувств к психически больным? Во-первых, это нереальная задача, как нереально избавление от таких нежелательных человеческих эмоций, как зависть или ненависть. Во-вторых, опорой для антистигматизации могут служить другие, возможно, более существенные факторы. В связи с этим интересны данные о различии в отношении к психически больным у представителей высших и низших слоев американского общества: и те и другие одинаково негативно реагируют на девиантное поведение, но более образованные представители элиты быстрее распознают психическое заболевание и ведут себя по отношению к больным соответственно культуре цивилизованного общества. Таким образом, выявляется своеобразная иерархия в отношении к лицам с девиантным поведением: пришедшая из древности нетерпимость и привнесенная культурой толерантность. Поэтому антистигматизационная работа может опираться на культурные ценности и основой ее способна стать общая гуманизация общества.

Если процесс стигматизации это движение пациента от интеграции к изоляции, дискриминации и социальному исключению, то коррекция или предупреждение этих последствий - это движение в сторону восстановления собственной идентичности и индивидуально значимых социальных ролей. Речь идет о внутренней картине выздоровления – нередко длительном личностном, вне рамок болезни и симптоматики, процессе преодоления последствий жизни с ярлыком психической болезни, вызванных болезнью ограничений, совладания с чувством утраты личностного смысла и собственной идентич-

ности (42). Собираетелное этого процесса восстановление целостности личности нашло отражение в концепции «Recovery» (от recover – восстановление, обретение себя). Наиболее надежное и информативное определение этого понятия было дано W. A. Anthony и J. Liberman: способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он перерастает катастрофическое влияние психической болезни. Считается, что «recovery» - это процесс, в котором личность борется для преодоления факта психического заболевания и его воздействия на чувство самоидентичности, процесс позитивной адаптации к болезни и инвалидности, тесно привязанной к самосознанию и чувству активной позиции (43). Другие существующие в литературе определения «recovery» также используют близкие составляющие: важность обновления надежды и смысла, преодоление стигмы и других источников травматизации, связанных с психическим заболеванием, принятие на себя контроля над своей жизнью, восстановление значимой роли (44-53). Представленная в этих работах точка зрения сосредоточена на личных и экзистенциальных аспектах противодействия стигме и выздоровления, принимающего форму субъективных и самостоятельно оцениваемых описаний того, как человек научился приспосабливаться к болезни. В этом контексте психиатрическое вмешательство должно быть направлено не только на устранение проявлений болезни, но и выдвигает на первый план способность выполнения пациентом конструктивных ролевых функций, расширение его полномочий и самостоятельности, а также ответственность за принятие решений, касающихся его жизни (54, 55, 16).

Антистигматизационные эффекты в концепции «recovery» заключаются в развитии личностных особенностей. При этом, как правило, решаются следующие задачи: 1) разработка позитивной идентичности за пределами личности с психическим заболеванием; 2) создание рамок «психического заболевания» (ограничение болезненного опыта как части личности); 3) самостоятельный контроль за психическим заболеванием; 4) разработка значимых социальных ролей, обеспечивающих активацию способности к самовосстановлению и содействующих ощущению благополучия.

Таким образом, чрезвычайная сложность,

многоаспектность и актуальность проблемы стигматизации очевидны. О ее масштабности свидетельствует то, что она выходит далеко за рамки психиатрии и медицины и охватывает все мировое сообщество. Приведенные в настоящем обзоре данные говорят об огромном моральном уроне, социальном ущербе, наносимым стигматизацией обществу. Вместе с тем, как следует из приведенных литературных данных, несмотря на серьезное и всестороннее изучение проблемы стигматизации психически больных, многие вопросы до сих пор не решены. В частности, остается не ясным, какие социальные и психологические факторы оказывают существенное влияние на стигматизацию и действие каких незначительно. До сих пор остается спорным вопрос о том, какие меры по антистигматизации эффективны и какие взгляды на психические заболевания и психически больных наиболее

прогрессивны и наименее стигматизирующие. Не до конца определено, оправдано ли проведение просветительских образовательных программ, направленных на повышение психиатрической грамотности населения, в плане повышения толерантности к лицам с психическими расстройствами. Как отмечалось выше, на процесс стигматизации психически больных существенное влияние оказывают культурные, социальные и экономические условия конкретных стран, регионов в определенный момент времени. В связи с этим представляется необходимым проведение в Украине исследований по проблеме стигмы в психиатрии, которая в силу особых исторических, культурных, религиозных и иных факторов может иметь свои особенности. Если эти особенности будут выявлены, можно надеяться и на разработку новых подходов к реализации антистигматизационных программ.

В.Ан. Абрамов, Г.Г. Пуятин, О.К. Малтапар, М.О. Шелестова, В.Ол. Абрамов, О.О. Бойченко

АНТИСТИГМАТИЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

У статті проаналізовані різні компоненти стигматизації та самостигматизації, а також можливість впливу на них. Виділені основні положення процесу дестигматизації, її аспекти. Описані нові антистигматизаційні методи та підходи до надання психіатричної допомоги, що дозволяють створити нову ефективну модель та вжити цілий комплекс заходів з боротьби з такими явищами, як стигматизація. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 88-95).

V.An. Abramov, G.G. Putyatin, O.K. Maltapar, M.A. Shelestova, V.Al. Abramov, A.A. Boychenko

ANTI-STIGMATIZATION APPROACHES TO DELIVERY OF PSYCHIATRIC SUPPORT

Donetsk State Medical University

In the article different components of stigmatization and self-stigmatization are analyzed, as well as possibility of impact on them. The main conditions of destigmatization process and its aspects are sorted out. In the article new anti-stigmatization methods and approaches to delivery of psychiatric support, which allow to create a new effective model and take a whole range of measures to fight such a phenomenon as stigmatization are described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 88-95).

Литература

1. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира / Н. Сарториус // Российский психиатрический журнал. — 1998. - № 4. — С. 6.
2. Марута Н.А. Информация о 21 Европейском Конгрессе психиатров / Н.А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2013, том 21, № 2 (75), С. 107-108.
3. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение, его современное состояние // В кн.: Медицина и методология. — М., 1985. — С. 170 — 185.
4. Штернберг Э.Я. Рецензия на кн.: А.Эй. Защита и прославление психиатрии. Реальность психической болезни. Париж — Нью-Йорк — Барселона — Милан, 1978//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1979. — Т.78, вып. 2 — С. 241 — 242.
5. Папандопулос Т.Ф. Рецензия на кн.: М.Фуко. Помешательство и иррациональное. История помешательства в классический период. Париж, 1961 / Т.Ф. Папандопулос // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1973. Т.73, вып. 4, - С. 595 — 602.
6. Cooper J.E. Sartorius N. Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization / J.E. Cooper, N. Sartorius // British Journal Psychiatry. — 1977. — V. 130. P. 50 — 55.
7. Laing R. The politics of experience. London, 1967. — 156 p.
8. Фуко М. Помешательство и иррациональное. История помешательства в классический период. Париж, 1961.
9. Szasz T. The myth of mental illness. — London, 1962.
10. Ястребов В.С. Деинституционализация и ее последствия / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1986. Т. 86, № 8. — С. 1243— 1249.
11. Мицумото Саго. Переименование шизофрении — опыт Японии / С. Мицумото // Новости медицины и фармации. 2009., № 303. С. 87 — 88.
12. Улыбина У.В. Психология обыденного сознания. — М., 2001. — 263 с.
13. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы — отношение к предубеждениям и обвинениям / Пер. И.Я. Сапожниковой. М., 2001. 215 с.
14. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / P. Byrne // Journal of the Royal Society of Medicine. — 1997. — V. 90. — P. 618 — 621.
15. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S. Stigmatisation of people with mental illnesses / A.H. Crisp, M.G. Gelder, S. Rix // British Journal Psychiatry. — 2000. — V. 177. P. 4— 7.
16. Haight R. A unitary theory of stigmatization / R. Haight // British Journal Psychiatry. — 2001. — V. 178. P. 207 — 215.
17. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. — 1997.

– V. 38. – P. 177 – 190.

18. Angermeyer M.C. Образ психиатрии в обществе // Обзор современной психиатрии. – 2001. – Т. 9. – С. 1 – 7.

19. Wolff G. Community Knowledge of Mental illness and Reaction to Mentally ill People / G. Wolff // *British Journal of Psychiatry*. – 1996. – P. 191 – 198.

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

21. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В.С. Ястребов // Психиатрия психофармакотерапия. 2001. Т.2. № 1.

22. Арбитайло А.М. Этнические предревждения и возможности юмора для их преодоления. Автореф. дисс. канд. психол. наук. – М., 2008.

23. Смирнова Ю.С. Социально-психологический анализ феномена предревждений к стигматизированным группам / Дисс. на соискание уч. ст. канд. психол. наук: 19.00.01 / Белорусский гос. пед. ун-т. – Минск, 2005.

24. Осокина О.И. Проблемы стигматизации больных, перенесших первый эпизод психоза. / О.И. Осокина // *Медицинская психология*, 2009, № 2 – 3. С. 51– 58.

25. Коцюбинский А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, В.В. Зайцев // *Социальная и клиническая психология*. 1999. Т. 9, № 3. – С. 9 – 13.

26. Rahman A., Mubbashar M.H., Gater R., et al. Randomised trial of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan // *Lancet*. 1998. – V. 352. – P. 1022 – 1025.

27. Lawrie S.M. Stigmatisation of psychiatric disorder / S.M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*. 1999, 23. – P. 129 – 131.

28. Улыбина Е.В. Психология обыденного сознания. – М., 2001. – 263 с.

29. Meise U. et al. “... не опасные, но все еще пугающие”. Программа против стигматизации шизофрении в школах / U. Meise // *Обзор современной психиатрии*. 2001. – V. 9 – P. 8 – 9.

30. Smith M. Medical First International Conference on Reducing Stigma and Discrimination “Together Against Stigma”: Materials. – 2001. P. 67.

31. Rabkin, J. (1974) Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, P. 9 – 33.

32. Thompson M., Thompson T. Discrimination against people with experiences of mental illness. – Wellington, 1997.

33. Jones A.H. Психическое заболевание, ставшее достоянием общественности: конец стигме? / А.Н. Jones // *Обзор современной психиатрии*. – 2001. - № 5. – С. 6.

34. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / Кабанов М.М. // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2001. Т.1 – С. 22 – 27.

35. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / Byrne P. // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1997. V.90. – P. 618 – 621.

36. Семин И.Р. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным // В кн.: *Руководство по социальной психиатрии*. М., 2001. С. 73 – 93.

37. Taylor M.S., Dear M.J. Scaling community attitudes toward the mentally ill / M.S. Taylor, M.J. Dear. // *Schizophrenia Bulletin*. – 1981. – V. 7. – P. 225 – 240.

38. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О.А. Гонжал // *Психиатрия: Научно-практический журнал* / Ред. А.С. Типинов, Н.М. Михайлова. – 2006. - № 3, 2006. – С. 39 – 46.

39. Corrigan P.W. Самостигма и эффект «зачем пытаться»: влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // *Всемирная психиатрия*. 2009, Т. 8, № 2. – С. 99 – 106.

40. Bandura A. The anatomy of stages of change. *Am J Health Prom* 1997; 12: 8 – 10.

41. Rusch N, Holzer A., Hermann C et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J. Nerv Ment Dis* 2006; 194: P. 766– 73.

42. Гурович И.Я. Выздоровление при шизофрении / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, Я.А. Сторожакова // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008, Т. 18, № 2. С. 7 – 14.

43. Bellack A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications / A.S. Bellack // *Schizophr. Bull.* – 2006. Vol. 32, № 3. – P. 432 – 442.

44. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services / M. Farkas // *World Psychiatry* – 2007. – Vol. 6, № 2. – P. 4 – 10.

45. Fisher D.B. Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities / D.B. Fisher // *Hosp. Com. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 45. – P. 913 – 915.

46. Jacobson N., Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication / N. Jacobson, D. Greenley // *Psychical Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 482 – 485.

47. Leete E. Stressor, symptom, or sequelae: remission, recovery, or cure? / Leete E. // *Journal of the California Alliance for the Mentally III*. – 1994. – Vol. 5. – P. 16 – 17.

48. Lehman A.F. Putting recovery into practice: a commentary on “What recovery means to us” / A.F. Lehman // *Com. Ment. Health J.* – 2000. – Vol. 36. – P. 329 – 331.

49. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 14. – P. 245 – 255.

50. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // *Psychiatric Services*. – 2005. Vol. 56, № 6. – P. 735 – 742.

51. Ridgway P.A. Re-storying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives / P.A. Ridgway // *Psychiatr. Rehab. J.* – 2001. Vol. 24. – P. 335 – 343.

52. Walsh J. Social network changes over 20 months for clients receiving assertive case management services / J. Walsh // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1996. – Vol. 19. – P. 81– 85.

53. Young S.L., Ensing D.S. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities / S.L. Young, D.S. Ensing // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1999. – Vol. 22. – P. 219 – 231.

54. Sullivan P. Recovery from schizophrenia what we can learn from the developing nations. *Innovations and Research in Clinical Services. Community Support, and Rehabilitation* 3 (2), 7 – 15. 1994.

55. Beale V, Lambrie T. The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System: A Report by the Community Support Program Advisory Committee. Columbus, Ohio, Ohio Department of Mental Health, Aug. 1995. 1 – 20.

Поступила в редакцию 18.03.2013

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 616.89 (092)

*П. Т. Петрюк², О. П. Иваничук¹***СЛОВО О ПРОФЕССОРЕ П. П. ТУТЫШКИНЕ – ИЗВЕСТНОМ ОТЕЧЕСТВЕННОМ ПСИХИАТРЕ И ПСИХОЛОГЕ (К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, ²Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Ключевые слова: профессор П. П. Тутышкина, биографические данные, жизненный и творческий путь, научное наследие

Наш путь начертан нашими склонностями и способностями.

П. Буаст

Пётр Петрович Тутышкин (1868-1937) – известный отечественный психиатр, психолог, педолог, организатор здравоохранения и один из пионеров российского психоанализа, доктор медицинских наук, профессор, много сделавший для развития различных направлений в отечественной психиатрии, системы здравоохранения и нового общественного строя в государстве.

П. П. Тутышкин родился в Калуге. Рано оставшись без родителей, воспитывался в сиротском доме, но сумел окончить гимназию и поступить в Московский университет, где успешно окончил вначале естественный, а потом медицинский факультеты (1897). Во время учёбы в университете давал частные уроки и помогал младшим сёстрам получить среднее образование. Затем, после окончания ординатуры в клинике А. Я. Кожевникова (1900), отказавшись от места ассистента клиники, работал земским врачом. Вскоре Пётр Петрович переехал в г. Харьков, где трудился ординатором, а затем заведующим психиатрическим отделением в самой крупной того времени и знаменитой психиатрической лечебнице России – «Сабуровой даче» (ныне Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3). Здесь П. П. Тутышкин использовал различные новые методы для лечения психических расстройств, в том числе и гипноз, занимался научной и общественной деятельностью.

Сабурова дача была знаменита не только тем, что здесь лечились известные писатель Всеволод Гаршин и поэт Велимир Хлебников. В годы Первой русской революции 1905-1907 годов в больнице под видом больного скрывался от полиции известный революционер Артём (Фёдор Андреевич Сергеев), друг И. В. Сталина, а в ка-

такомбах при помощи врачей большевики прятали оружие и агитационную литературу [1-3].

Следует отметить, что накануне Русской революции 1905 года на Сабуровой даче была полностью осуществлена система нестеснения (по-restraint) психически больных и уничтожены все формы насилия над пациентами. В связи с этим Сабурову дачу называли Вольной Академией – в ней господствовали либеральные демократические взгляды [3-5]. События «Кровавого воскресенья» – расстрел императорскими войсками в Санкт-Петербурге мирной демонстрации рабочих во главе со священником Георгием Гапоном 9 января 1905 года, всколыхнули и г. Харьков, где революционным движением по заданию В. И. Ленина руководил Артём. Он был оформлен слесарем в упомянутой психиатрической больнице. Оружие революционеры хранили под полом водолечебницы и в подземных переходах, соединяющих Сабурову дачу с заводом Гельферих-Саде, который в последующем носил название «Серп и молот» (ныне снесённое крупное предприятие сельскохозяйственного машиностроения в Харькове, одно из важнейших предприятий харьковской промышленности).

Пётр Петрович был убежденным противником царского режима. Артём создал революционную группу «Вперед», которая работала на Сабуровой даче. Активными участниками революционных событий были многие сотрудники больницы, в т.ч. и заведующий психиатрическим отделением П. П. Тутышкин, который, в частности, обучил Артёма азам психиатрии, что помогло ему скрываться от полиции. Особенно хорошо ему удавалось изображать больных кататонической формой шизофрении [3].

Первую научную статью П.П. Тутьшкин посвятил проблемам гипноза (Калуга, 1890). В 1889 году он принял участие в Международном конгрессе психиатров в Париже, в 1902 году – в VIII Пироговском съезде врачей в Москве. Следует заметить, что Пётр Петрович на одном из таких съездов несколькими годами ранее ставил вопрос об организации лечебниц-пансионатов, где состоятельные пациенты оплачивали бы содержание бедных, но позднее утверждал, что для борьбы с вырождением необходимы не частные, а общие меры, прежде всего – смена режима [6]. В 1903 году он совершил поездку по психиатрическим заведениям Австрии, Бельгии, Германии, Франции, Швейцарии, Италии, Великобритании и опубликовал о ней подробный отчет. В 1907 году принял участие в I Международном конгрессе по психиатрии и неврологии в Амстердаме. Был избран вице-президентом Бессарабского общества естествоиспытателей, организовал и возглавил в этом обществе секцию психологии и философии; читал лекции по физиологической психологии.

Вскоре П.П. Тутьшкин после защиты докторской диссертации на тему: «Роль отрицательного отбора в процессе семейного вырождения: (дарвинизм в патологии): клинико-статистическое исследование» (1902) переехал на работу в г. Кишинёв [7]. Пётр Петрович поддерживал связи с большевистскими организациями. В 1908 году он был отстранён от службы ввиду политической неблагонадёжности, после чего начал частную медицинскую практику. Занимался научной и общественной деятельностью. Руководил строительством Кишинёвской физиотерапевтической лечебницы, которая вместе с больницей размещалась на улице Киевской вплоть до середины 90-х годов XX века. Принял участие в 1911 году в работе I Съезда русского союза психиатров и невропатологов, созванного в память С.С. Корсакова в Москве, в 1913 году – в работе V Международного конгресса по призрению душевнобольных в Москве, одним из основных организаторов которого был П.П. Тутьшкин совместно с Н.Н. Баженовым, Л.А. Пуссепом и А.С. Шоломовичем, а в 1916 году – в работе VI Терапевтического съезда, посвященного военному травматизму [1, 8, 9]. В тот же период опубликовал ряд статей в российских и зарубежных медицинских журналах по вопросам психиатрии, психоанализа, невропатологии, сделал переводы иностранных работ для отечественных изданий. В 1912 году опубликовал работу «Психоанализ как метод психологической

диагностики и психотерапии (метод профессора Фрейда)», в которой наряду с изложением теории З. Фрейда дал собственное толкование ключевых проблем психоанализа и отметил некоторые позитивные его возможности.

В период Первой мировой войны П.П. Тутьшкин организовал курсы сестер милосердия. Занимался практической врачебной деятельностью. Подготовил и опубликовал брошюру «Духовная оборона личности и Родины» (1916), где уделил внимание духовной стороне личности с психоаналитических позиций [8, 10].

В 1917 году Пётр Петрович вступил в партию большевиков – РКП (б) и с первых дней активно поддерживал Октябрьскую революцию и советскую власть. В ноябре 1917 года в газете «Социал-демократ» опубликовал статью «О саботаже интеллигенции», в которой призывал врачей к сотрудничеству с революционными властями. На очередном Пироговском съезде в марте 1918 года выступил с докладом «О принципах советской медицины». В январе 1919 года был назначен Народным комиссаром здравоохранения УССР. Затем работал в Народном комиссариате просвещения, был членом коллегии по делам высших школ и заведующим отделом психофизического воспитания [1, 8, 11].

Небезынтересно активное участие профессора П.П. Тутьшкина в сохранении Женского медицинского института (ЖМИ) Харьковского медицинского общества (ХМО).

С начала 1919 года, когда в г. Харькове снова установилась советская власть, Наркомздрав и Наркомпрос УССР предпринял действия, направленные на сохранение и демократизацию высшей школы. Все частные и общественные учебные заведения в условиях гражданской войны и хозяйственной разрухи утратили возможность существования. Для спасения высших школ как очагов просвещения необходимо было передать их государству. На заседании ХМО 28 января 1919 года представители советской власти Артём (Ф.А. Сергеев, в 1918-1919 годах – заместитель председателя и нарком советской пропаганды Временного Рабоче-крестьянского правительства Украины) и П.П. Тутьшкин (нарком здравоохранения Украины) поставили вопрос о национализации учреждений ХМО («Известия Временного Рабоче-крестьянского правительства Украины», 31.01.1919).

В феврале 1919 года было создано общее собрание профсоюза медичек, т.е. слушательниц ЖМИ, на котором выступил П.П. Тутьшкин, сказавший, что необходимость национализации

института обусловлена его тяжёлым финансовым положением. Он также заверил, что нуждающиеся студентки будут немедленно освобождены от платы за обучение, а позднее будут выработаны меры к полной отмене платы за обучение для всех учащихся. Собрание постановило временно поддержать Наркомздрав в деле скорейшей национализации института и организации единой трудовой медицинской школы («Известия Временного Рабоче-крестьянского правительства Украины», 18.02.1919) [12].

С 1920 года Пётр Петрович – главный врач Первого психиатрического госпиталя в Москве. По окончании гражданской войны вернулся к научной и педагогической деятельности. Работал профессором кафедры детской неврологии в Государственном медико-педологическом институте.

Однако, как известно, революция пожирает своих детей. Как и все революционеры-большевики первой волны, П.П. Тутышкин быстро сошел со сцены, будучи репрессирован той самой властью, за которую боролся. После того, как профессор имел неосторожность побывать в командировке в США (1924-1925 годы), он попал под подозрение и был отстранен от преподавания. Некоторое время руководил санаторием для старых большевиков, но потом был освобожден и от этой работы [1, 8].

Профессор П.П. Тутышкин является автором многих научных работ по психиатрии, педоло-

гии, психоанализу и другим научным проблемам медицины, в т.ч. и нижеследующих работ: «К вопросу о законодательстве о душевнобольных и психиатрических учреждениях (1907)», «Психоанализ как метод психологической диагностики и психотерапии (метод профессора Фрейда)» (1912), «Взаимное замещение нервной системы и внутренней секреции в свете Менделевских принципов биологической эволюции, или проблема химической регуляции растительных и нервно-психических процессов жизни» (1913), «Уголовная ответственность душевнобольных» (1913), «Духовная оборона личности и Родины» (1916) и других [1, 8, 10, 13,14].

Умер профессор П.П. Тутышкин в Москве в 1937 году (на памятнике указано, что скончался в 1936 году). Похоронен на 16 участке Головинского кладбища Москвы в семейной могиле вместе с известным сыном Андреем Петровичем Тутышкиным – актёром, кинорежиссёром, заслуженным артистом РСФСР (1910-1971) [15].

Таким образом, Пётр Петрович прошел сложный жизненный и научный путь, внес определенный вклад в развитие многих областей клинической медицины, в т.ч. психиатрии, психологии, педологии, психоанализа и вопросов организации здравоохранения. Вне сомнения, жизненный путь и творческое наследие профессора П.П. Тутышкина нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, в том числе его украинский период жизни и научного творчества.

П.Т. Петрюк², О.П. Іваничук¹

СЛОВО ПРО ПРОФЕСОРА П.П. ТУТИШКІНА – ВІДОМОГО ВІТЧИЗНЯНОГО ПСИХІАТРА ТА ПСИХОЛОГА (ДО 145-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, ²Харківський міський благодійний|благодійний| фонд|фундація| психосоціальної реабілітації осіб|обличчя,лице| із|із| проблемами психіки, м. Харків

На основі джерел спеціальної літератури та наукових праць ювіляра приведені нові дані про життєвий і творчий шлях професора П.П. Тутішкіна – відомого вітчизняного психіатра, психолога, педолога, організатора охорони здоров'я і одного з піонерів російського психоаналізу, доктора медичних наук, професора, який працював в один час на Сабуровій дачі, котрий багато зробив для розвитку різних напрямів у вітчизняній психіатрії, системи охорони здоров'я і нового суспільного устрою в державі.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії та наукового доробку ювіляра, зокрема його українського періоду життя та наукової творчості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 96-99).

WORD ABOUT THE PROFESSOR P.P. TUTYSHKIN – THE KNOWN DOMESTIC PSYCHIATRIST AND PSYCHOLOGIST (TO 145-TH ANNIVERSARY)

¹Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, ²Kharkiv city|urban| benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons|personality,individual| with the problems of psyche, Kharkiv

On the basis of sources of the special literature and scientific labours of person whose anniversary is celebrated new information is resulted about the vital and creative way of professor P.P. Tutyshkin – the known domestic psychiatrist, psychologist, pedologist, organizer of health protection and one of pioneers of the Russian psychoanalysis, doctor of medical sciences, professor which worked at one time on the Saburova dacha, much doing for development of different directions in domestic psychiatry, systems of health protection and new framework of society in the state.

The necessity of further study of biography and scientific reserve of person whose anniversary is celebrated is underlined, including of his Ukrainian period of life and scientific creation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 96-99).

Литература

1. Петрюк О.П. Профессор Пётр Петрович Тутышкин – отечественный психиатр, психолог, педолог, организатор здравоохранения и бывший сабурянин / О.П. Петрюк, П.Т. Петрюк [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. научн. работ Ин-та невролог., психиатр. и нарколог. АМН Украины и Харьк. обл. клин. псих. б-цы № 3 (Сабуровой дачи), посвящ. 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. – Киев-Харьков, 2010. – Т. 5. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper078.htm>.
2. Замура Е. Вечный фильм «Свадьба в Малиновке» / Е. Замура [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://baza.md/engine/print.php?newsid=728 &news_page=1.
3. Смирнова С.Н. Очерки истории Сабуровой дачи / С.Н. Смирнова. – Х.: Ранок, 2007. – С. 40-42.
4. Петрюк П.Т. Система нестеснения и Сабурова дача / П.Т. Петрюк // Вісник Асоціації психіатрів України. – 1999. – № 1. – С. 174-193.
5. Сабурова дача: хронология лидерства в украинской психиатрии / П.Т. Петрюк, И.К. Сосин, И.И. Кутько, А.П. Петрюк // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2011. – № 1 (19). – С. 73-77.
6. Тутышкин П.П. Об устройстве общественных (земских, городских) лечебниц-пансионатов для нервно- и душевнобольных, то есть учреждений двоякосмешанного типа / П.П. Тутышкин // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1902. – № 1-2. – С. 206-210.
7. Тутышкин П.П. Роль отрицательного отбора в процессе

семейного вырождения: (дарвинизм в патологии): клинко-статистическое исследование: Диссертация на степень доктора медицины / П.П. Тутышкин. – Х.: Б.и., 1902. – 500 с.

8. Тутышкин Пётр Петрович [Электронный ресурс] // Ассоциация психологов Донбасса // Режим доступа: <http://apd.dn.ua/tutyshkin-petr-petrovich.html>.

9. Шестой съезд российских терапевтов [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.rmsim.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=15&Itemid=64.

10. Тутышкин П.П. Духовная оборона личности и Родины / П.П. Тутышкин. – М.: Типография Воронова, 1916. – 31 с.

11. Овчаренко В.И. Тутышкин Пётр Петрович (1868-1937) / В.И. Овчаренко [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://sites.google.com/site/psychoanalysisbio/home/tutyshkin>.

12. Петрова З.П. Женский медицинский институт Харьковского медицинского общества (1910-1920 гг.) / З.П. Петрова // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С. 139-146.

13. Тутышкин П.П. К вопросу о законодательстве о душевнобольных и психиатрических учреждениях / П.П. Тутышкин // Труды Второго съезда отечественных психиатров, происходившего в Киеве с 4-го по 11-е сентября 1905 года. – К., 1907. – С. 397-406.

14. Тутышкин П.П. Уголовная ответственность душевнобольных // Пятый международный конгресс по признанию душевнобольных / П.П. Тутышкин. – М., 1913. – С. 2-4.

15. Могила Андрея Тутышкина [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://bozaboza.narod.ru/tutishkin.html>.

Поступила в редакцию 16.03.2013

УДК 6163.32.45.89

*И.И. Кутько, В.А. Терёшин, Н.А. Пересадин.***А.П. ЧЕХОВ И М.А. БУЛГАКОВ. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ИПОСТАСИ ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВА ЗНАМЕНИТЫХ ПИСАТЕЛЕЙ – ВРАЧЕЙ**

Харьковский институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Ключевые слова: А.П. Чехов, М.А. Булгаков, писатели, медицина

«Художественный тип мышления очень важен для врача-именно так, из частных, формируется целостное представление о человеке. Медицина, бесспорно, развивает такие способности, и не случайно эта профессия столь мощно питает русло словесности»

Ю.Г. Виленский «Доктор Булгаков»

«Не сомневаюсь, занятия медицинскими науками имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность, они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня как для писателя может понять только тот, кто сам врач...»

А.П. Чехов из автобиографии 1899г.

Благодаря насыщенным интересной фактографией поучительным публикациям, принадлежащим талантливому перу доктора И.Е. Лихтенштейн, мы имели возможность соприкоснуться с «глубинным родством профессий врача и писателя», традиция соединения которых нашла воплощение в величественной фигуре античного Бога Аполлона- врачевателя, защитника от зла и болезней, водителя судьбы, музыканта и вдохновенного сказителя.

Сыном Аполлона, как известно, был воспитанник мудрого кентавра Херона, знаменитый целитель Асклепий, именем которого на протяжении многих веков клялись медики, давая торжественное профессиональное обещание [9].

Мы приносим искреннюю благодарность Исанне Ефремовне Лухтенштейн за её неординарное пристальное внимание к теме, посвящённой писателям-врачам и знаменитым пациентам-теме поистине неисчерпаемой...

Читатели наверняка знают немало крупных деятелей литературы и искусства, имевших базовое медицинское образование и оставивших неизгладимый след в истории мировой культуры. Давайте и мы назовём навскидку Франсуа Рабле и Фридриха Шиллера, Викентия Вереса-

ева и Абе Кобо, Николая Амосова и Станислава Лема, Василия Аксёнова и Луи Буссенара, Арчибальда Кронина и Артура Конан Дойла, Януша Корчака и Карло Леви...

К медицинскому поприщу имели отношение Владислав Венчура, Фридрих Вольф и даже «короли» детективного жанра Агата Кристи и Жорж Сименон. Напрямую касалась профессия врача и героев нашего материала.

Давайте поразмыслим о том, что именно приносит литератор с медицинским дипломом в повествование о предмете, о котором он судит не по дилетантски, что такое позволяет считать его «человековедческие» произведения (их лучшие образцы) поистине «вещами на все времена»? Наверное, обнажённая бескомпромиссная честность, скрупулёзно-точное изображение психологических деталей «мелькающего бытия» и «уходящей природы», отсутствие нарочитой предвзятости и «бумажных» страстей, а также трезвая и верная оценка разнообразнейших житейских ситуаций и коллизий, связанных с болью и смертью, выздоровлением и исцелением.

Зачастую в основу сложных писательских судеб ложатся богатейшие профессиональные впечатления, неповторимые драмы и трагедии

человеческого бытия, как пациентов, так и житейские перипетии самих литераторов в белых халатах...

Со времён Цезаре Ломброзо с его нашумевшей книгой «Гений и помешательство» отношение к выдающимся личностям, оставившим превосходные труды, нередко опередившие своё время, сложилось мягко говоря, не слишком доброжелательное... Публика зачастую любит «копание в грязном белье» знаменитостей, выставление напоказ их человеческих слабостей и пороков, недостатков и странностей, смакуя пикантные подробности, чудачества и патологические пристрастия великих... [13].

В 20-30-х годах XX века доктор медицины Григорий Сегалин издавал «Клинический архив гениальности и одарённости (эвропатологии)», каждый номер которого был посвящён детальной проработке вопросов нездоровья гениально одарённых людей, так или иначе связанных с психопатологическими отклонениями в их генетике и поведении. Заведующий психотехнической лабораторией и преподаватель Уральского университета Г.В. Сегалин предложил для дисциплины о психопатологии гениальности оригинальный термин «эвропатология», объединив для этой цели знаменитое архимедовское восклицание: «Эврика!» (Я нашёл) и слово «патология» (наука о страдании)...

Ещё в 20-е годы бойкий психиатр с Урала Сегалин носился с идеей открыть в Белокаменной Международный институт по исследованию всех аспектов. Творчества мировых знаменитостей, однако в столице большевистской России эту идею тогда не посчитали своевременной. В первом номере «Клинического архива», изданном в 1925 году, была опубликована развернутая редакционная статья, освещавшая программные задачи европатологии. Сегалину, кропотливо и усердно изучившему сотни биографических данных о самых выдающихся деятелях мирового плана, «посчастливилось» открыть удивительную закономерность, на базе которой он сформулировал биогенетический закон гениальности. Согласно закону, гений появляется на свет только вследствие пересечения двух родовых линий, «... по одной из которых им наследуется психопатология..., а по другой - одаренность».

Родовую линию, по которой в течении жизни многих поколений накапливалась талантливость и даровитость, Сегалин назвал кумулятивной, а другую, изнутри «взрывающую» потенциальную одаренность – диссоциативной. «По полоч-

кам» расположив Гоголя, Чернышевского, Шумана, Грибоедова, Гофмана, Монтеке, Достоевского и иных выдающихся личностей вплоть до Александра Македонского и Иисуса Христа, доктор Сегалин и его коллеги - европатологи опубликовали в течение пяти лет в 20 номерах «Клинического архива» немало теоретических статей и патографических этюдов. Напомним, что патографией принято называть жанр, объединяющий описание истории болезни с очерком творчества того или иного «замечательного человека». В критической статье «Гениальность как помешательство. Что мерещится врачам в «теоретическом тумане»» [7]. Современный литературовед и прозаик А.П. Краснящих камня на камне не оставляет от европатологии и её апологетов.

Авторов предлагаемой вашему вниманию статьи гораздо больше занимает иной подход к ярким незаурядным людям, который предложил в своё время видный американец с российскими корнями, крупнейший исследователь и философ науки Абрахам Маслоу (1908 - 1970) – один из столпов столь востребованной ныне гуманистической психологии. Все труды этого оригинального ученого пронизаны его убежденной мыслью о том, что человеческую личность можно в полной мере понять, только учитывая её высшие устремления. Человеческие существа (по Маслоу) представляют собой не коллекцию неврозоз, а истинное богатство потенциальных возможностей. Ещё в 1928 году в своей дипломной работе по философии Маслоу подчеркивал: «Почему бы не приписать [чудо мистического переживания] самому человеку? Вместо того, чтобы из факта мистического переживания делать вывод о пресущей человеку беспомощности и малости... нельзя ли разработать концепцию о величии человеческого рода?» [], а в книге «Высшие достижения человеческой природы» А. Маслоу писал так: «Люди могут быть удивительно прекрасными, и это свойственно их человеческой и биологической природе». Крупнейший американский психолог и философ, «безудержный оптимист» Абрахам Маслоу знал секрет счастья: «Чтобы достичь наивысшего удовлетворения, - говорил он, - человек должен жить в соответствии со своей природой и полностью использовать заложенный в него потенциал». По его мнению таких людей в мире всего 1%.

Однако давайте вернемся к писателям - врачам А.П. Чехову и М.А. Булгакову и их произведениям, на которых училось, учится и будет учиться ещё немало поколений врачей...

Молодежи уместно напомнить, что имя Михаила Булгакова приобрело мировую известность среди интеллектуальной публики и широчайших читательских масс сравнительно недавно – лишь в середине 60 – х годов XX века, когда после периода длительного забвения спустя 20 с лишком лет после ухода из жизни писателя в «толстом» журнале «Москва» был напечатан его роман «Мастер и Маргарита» (в сокращённом и подвергнутом произвольной редакции виде). Сегодня в XXI веке булгаковские пьесы, романы, повести и рассказы необычайно востребованы. Есть балетные произведения, огромное число киноэкранизаций; авторам статьи удалось увидеть в Москве спектакль в театре им. А.С. Пушкина «Луна в форточке» по ранним рассказам Булгакова, а в конце октября 2010 г. на сцене национальной филармонии Украины в Киеве впервые прозвучала написанная ещё в 1972 году опера Валентина Бибика «Бег» по знаменитой пьесе Михаила Булгакова. Первая редакция этой оперы была показана композитором в Ленинградском Малом оперном театре и безоговорочно принята к постановке. И также безоговорочно нашлись вскоре причины для отказа. В 1984 году была написана вторая редакция оперы. Однако видя тщетность попыток постановки, Валентин Бибик смирился с тем, что написал сочинение «в стол», как это было и со многими произведениями самого Булгакова. «Бег», любимую пьесу Михаила Афанасьевича, при его жизни на сцену не пустили. Только в 1956 году она была поставлена в театре, а затем спустя ещё 15 лет появилась знаменитая киноверсия режиссёров Алова и Наумова. Персонажи фильма благодаря блистательным актёрским работам Владислава Дворжецкого, Михаила Ульянова, Евгения Евстигнеева, Алексея Баталова, Людмилы Савельевой стали нарицательными фигурами белой эмиграции. Постановщики оперы, как и сам Булгаков, рассматривали (как, впрочем, и режиссёры кинокартины) пьесу не как банальный бег из Крыма в Константинополь и дальше в Париж, а затем обратно в Россию, а как бег от себя, в котором, как известно, никуда не убежишь. Умеющим читать между строк многое объясняет эпиграф к «Бегу», который Булгаков взял в одном из стихотворений В.А. Жуковского: «Бессмертье “ тихий, светлый брег; наш путь – к нему стремленье. Покойся, кто свой кончил бег!»»

Обратим более пристальное внимание на главное произведение М.А. Булгакова – его талантливейшее полотно – «Мастер и Маргарита».

Одна из завершающих глав (32-я) этого необычайно популярного романа носит название «Прощение и вечный приют». Начинается она со щемящих, полных глубокого проникновенного, врачебного, если хотите, понимания строк, посвященных всем страждущим.

«Боги, боги мои! Как грустна вечерняя земля! Как таинственны туманы над болотами: кто блуждал в этих туманах, кто много страдал перед смертью, кто летал над землёй, неся этот непосильный груз, тот это знает. Это знает уставший. И он без сожаления покидает туманы земли, её болотца и реки, он отдаётся с лёгким сердцем в руки смерти, зная, что только она одна успокоит его» [2].

В бессмертном романе писателя и врача Михаила Булгакова (множество раз переизданом и презентованном в виде кинокартин, спектаклей, телевизионных сериалов во многих странах) представлена, как хорошо известно тысячам его читателей, весьма пёстрая и, в равной мере, блистательная гамма, широчайший диапазон и спектр самых разных тем, разнообразных, зачастую контрастных, настроений и психо-эмоциональных состояний, когда юмор смешивается или плавно переходит в сатиру, где проникновенная любовная лирика сменяется фантаσμαгорией, а захватывающий экскурс в евангельскую историю естественно перетекает в документально-точные детали неустроенного московского быта во времена НЭПа [3]. Перечитывая не только «Мастера и Маргариту», но и «Театральный роман», в Булгакове – художнике можно легко обнаружить дар загадочный, мистический и даже провидчески – пророческий. Однако в обычной жизни это был светлый и остроумный человек, с неуёмной фантазией и радостным восприятием бытия, доктор, пользовавшийся необычной любовью и вниманием пациентов.

Родился Михаил Афанасьевич 15 мая 1891 года в Киеве в интеллигентной семье профессора Киевской духовной семинарии, а впоследствии академики Афанасия Ивановича Булгакова и преподавательницы женской гимназии Варвары Михайловны, носившей в девичестве фамилию Покровская.

Отец будущего писателя был человеком разностороннейших интересов и увлечений, например, круг его всегдашнего чтения выходил далеко за рамки курса истории религии, которую он преподавал в духовном учебном заведении. Замечательное знание иностранных языков опередило и потенциал домашнего воспитания старшего сына Михаила (кроме него в семье

было ещё два брата и четыре сестры). Миша с детства считал французский язык таким же для себя близким, понятным и естественным, как и русский. В те времена профессиональная карьера преподавателей духовных высших учебных заведений (семинарии, академии) считалась, как сказали бы сегодня, весьма престижной, однако для своих чад глава семьи вовсе не хотел подобного жизненного пути и стремился дать детям широкое светское образование [10].

В 1901 г. Миша Булгаков поступил в Первую Александровскую гимназию (г. Киев), названную так в честь царя Александра I, некогда пожаловавшего ей особый статут. В этом учебном заведении будущий писатель и врач проучился восемь лет (Кстати, в те же годы в ней учился и писатель Константин Паустовский, оставивший свои замечательные воспоминания о Михаиле Афанасьевиче). Будучи весьма успешным гимназистом, юный Булгаков подавал, как тогда говорили, огромные надежды – писал отменные стихи, прекрасно рисовал, хорошо играл на рояле, сочинял озорные устные рассказы и с успехом сам их исполнял перед публикой (чаще всего перед одноклассниками). После окончания гимназии Михаил стал студентом медицинского факультета Императорского университета Святого Владимира в Киеве, где проучился 7 лет. Выбор Булгаковым медицинского факультета был во многом обусловлен крепкими семейными традициями. У матери писателя, которую он нежно любил и её образ с глубоким трепетом вывел на первых же страницах романа «Белая гвардия», в семье было шесть братьев и две сестры. И из шести братьев матери трое стали врачами [4, 5]. В семье отца писателя Афанасия Ивановича Булгакова один из его братьев также был врачом. После смерти Афанасия Ивановича мать во второй раз вышла замуж и её новый муж был тоже врачом. Племянница писателя М.А. Булгакова доктор филологических наук Е.А. Земская в сборнике материалов «Воспоминания о Михаиле Булгакове» писала: «... Я опровергаю здесь мнение, что Михаил Афанасьевич случайно выбрал эту профессию. Совсем не случайно. Это было как-то в воздухе нашей семьи – и Михаил выбрал свою профессию, свою медицину обдуманно и сознательно. И он любил свою медицину...» [4]

О материнском роде (роде Покровских) писатель Булгаков всегда вспоминал с искренними тёплыми чувствами. Особое влияние на личностное и профессиональное становление юного медика оказал родной брат матери Николай

Михайлович Покровский, бывший одним из ближайших помощников крупнейшего акушера-гинеколога того времени профессора В.Ф. Снегирёва. Основанный Снегирёвым Гинекологический институт на Девичьем поле в белокаменной, являлся образцовым учреждением этого типа. Здесь имелись одна из лучших в Москве операционных с передовыми технологическими приспособлениями и устройствами, замечательные просторные палаты с предметами ухода за пациентками, специальной мебелью и просторными широкими лоджиями, которые тогда были впервые в России применены в больничном строительстве. Специалисты-филологи высказывают вполне обоснованное мнение, что при описании в романе «Мастер и Маргарита» весьма уютной и современной психиатрической клиники, в которой Иван Бездомный знакомится с Мастером, писатель М.А. Булгаков явственно себе представлял и это гармоничное снегирёвское здание, с устройством которого он, как предполагается, был неплохо знаком [4, 7]. Вот почему всё это нашло детальное и яркое отражение на страницах его знаменитого романа.

Из научной школы профессора В.Ф. Снегирёва, гуманные традиции которой высоко ценил другой герой нашей статьи писатель-врач А.П. Чехов, вышел классический труд о маточных кровотечениях, ознаменовавший важный этап в тогдашней акушерской науке и практике. Проработавший в снегирёвской клинике около сорока лет, родственник писателя Булгакова Н.М. Покровский пользовался, как и его родной брат доктор Михаил Михайлович Покровский, уважением и авторитетом в московской врачебной среде. Очень близким человеком для Михаила Булгакова стал его отчим – доктор Иван Павлович Воскресенский, бывший ближайшим учеником знаменитого академика Феофила Гавриловича Яновского.

Хорошо известно, что врачом был и Николай Афанасьевич Булгаков (1898-1966) – любимый, младший брат писателя, который впоследствии стал видным микробиологом, создателем бактериологической службы в далёкой Мексике. Весной 1916 года Михаил Булгаков окончил университет по медицинскому факультету, получив звание лекаря с отличием и став госпитальным врачом-хирургом. Вслед за тем он был призван на военную службу. Но к осени того же года его в качестве земского врача откомандировали в Смоленскую губернию, село Никольское. О том, как складывалась его первоначальная врачебная практика, лучше всего рассказано самим Миха-

илом Афанасьевичем в цикле рассказов «Записки юного врача». Этот цикл печатался в 1925-1927 годах в журнале «Медицинский работник», то есть в издании сугубо специализированном. Вполне понятно, что основное их содержание – эпизоды каждодневной врачебной деятельности автора. При всём при этом «Записки» чрезвычайно эмоциональны и полны доброго юмора. Уже чувствуется стиль большого таланта. Но вернёмся к началу творческого старта писателя.

В автобиографии, написанной Булгаковым в 1925 году для справочника «Писатели», можно прочесть: «Судьба сложилась так, что ни званием, ни отличием не пришлось пользоваться долго. Как-то ночью в 1919 году, глухой осенью, едуци в расхлябанном поезде, при свете свечки, вставленной в бутылку из-под керосина, написал первый маленький рассказ. В городе, в который затащил меня поезд, отнёс рассказ в редакцию газеты. Там его напечатали. Потом напечатали несколько фельетонов. В начале 20-го года я бросил звание с отличием и писал. Жил в далёкой провинции и поставил на местной сцене три пьесы. ... В конце 21-го года приехал без денег, без вещей в Москву, чтобы остаться в ней навсегда» [3].

Если к самому знаменитому роману Булгакова «Мастер и Маргарита» подходить традиционно, оперируя такими привычными инструментами литературного анализа, как тема, идея, жанр, вполне возможно, что быстро запутаешься и заблудишься. Ни в какие обычные традиционные литературные схемы произведение никак не хочет укладываться.

Тема психиатрии, своеобразный «вихрь» тем психических состояний, психического здоровья и нездоровья проходит по роману как некая несбыточная мечта об уголке, где оскорблённому, а вернее даже, потрясённому есть чувству уголок. Именно такой уголок нашёлся в клинике профессора Стравинского, куда с диагнозом «шизофрения» попадали многие герои «Мастера и Маргариты». Как известно, после встречи с Воландом, не выдержав груза невероятных потрясений и приключений, участниками которых они становились, в клинику попали и поэт Иван Бездомный, и председатель жилищного товарищества дома № 302-бис по Садовой улице Никанор Иванович Босой, и конферансье театра Варьете Бенгальский, и фининспектор того же театра Римский, и даже целый коллектив городского зрелищного филиала, безостановочно и непринуждённо хором распеваящий песню про «славное море, священный Байкал».

Из всех героев, лечившихся в клинике профессора Стравинского, наиболее полно и детально описаны судьбы и характеры Мастера и поэта Ивана Бездомного (он же Иван Николаевич Понырёв). Этим двум очень разным и непохожим друг на друга людям волями судеб довелось встретиться и подружиться в клинике Стравинского. Если Мастер предстаёт на страницах романа энциклопедически образованной творческой личностью, знавшей пять языков, включая греческий и латинский, то Иван Бездомный, по его собственному признанию, был человеком глубоко невежественным, что, однако, не мешало ему (как и автору незабвенной «Гаврииады» И.Ильфа и Е.Петрова) братья за любые темы, включая антирелигиозную поэму о Христе. Иван Бездомный был человеком с так называемой активно выраженной жизненной позицией, из той породы, девизом которой было «нам думать некогда, мы очень спешим». Такие люди привносят много беспокойства и немало вреда социуму, зачастую представляя из себя «кипучих лентяев» (термин тех же И. Ильфа и Е. Петрова). Такие лица по своей природе отнюдь не злы и не агрессивны, но, поскольку не привыкли думать, а уж тем более прогнозировать последствия своей чрезмерной активности, часто представляют своеобразную угрозу для окружающих.

Психозомоциональный шок, настоящее душевное потрясение, которые переживает на Патриарших прудах Иван Бездомный, когда на его глазах произошло предсказанное Воландом отрезание трамваем головы председателю одной из крупнейших московских литературных ассоциаций Михаилу Александровичу Берлиозу, «были истинным стрессом и испытанием на прочность психики поэта. Неудавшаяся погоня за весьма подозрительной компанией, сопровождавшей загадочного иностранца, вконец расстроила ещё совсем недавно абсолютно здоровую душевную организацию Ивана. И он в кальсонах и с бумажной иконкой (это вчерашний-то атеист!), прикреплённой к рваной толстовке, очутился в клинике Стравинского, где ему и был поставлен диагноз «двигательное и речевое возбуждение, бредовые интерпретации... шизофрения, надо полагать». (Ещё одно из сбывшихся предсказаний Воланда). Психиатрическая клиника Стравинского с первых же часов пребывания в ней по-хорошему вдохновила и даже потрясла Ивана, несмотря на его крайнее психоэмоциональное возбуждение чистотой и сияющей белизной её помещений, мягкой пружинистой кроватью, безшумно раздвигающейся сте-

ной, за которой располагалась белоснежная ванна с унитазом, видом превосходного соснового бора из окна, предупредительностью и обходительностью медицинского персонала. И уж совсем покорила его душу профессор Стравинский, который самым внимательным образом выслушал горячий эмоциональный рассказ Ивана и несколькими наводящими вопросами продемонстрировал неуместность и абсурдность его поведения, когда Ивану и самому стала совершенно ясна несуразность его действий и поступков. Бездомный, может быть, впервые в жизни серьёзно задумался и, прежде чем действовать, попытался впредь всегда заниматься мыслительной работой, т.е. размышлять и думать. Знакомство и тесное общение с Мастером привели его ещё к большей рефлексии и самокритичности. Потрясённому своими личностными открытиями пришлось признаться и себе, и Мастеру, что человек он действительно глубоко невежественный, что стихи у него никудышные и даже дать честное слово, что он их никогда больше не будет писать.

Таким образом, как это ни странно, именно в психиатрической клинике произошел у Ивана Бездомный коренной пересмотр жизненных воззрений и нравственных позиций, ещё недавно представлявшихся совершенно нормальными, а вместе с тем, как оказалось, довольно бессмысленными и бестолковыми. Необходимо было время, место и своеобразный душевный кризис “ толчок, чтобы увидеть себя в новом свете и остановиться, образумиться. И именно таким местом самопознания оказалась созданная воображением Булгакова клиника профессора Стравинского.

Иван Бездомный поступил в неё глубоко невежественным, косноязычным, хулиганствующим «стихоплёт», а выписался помудревшим, испытывающим подлинную жажду знаний Иваном Николаевичем, из которого впоследствии вышел получился уважаемый всеми университетский профессор истории. Страдания, которые выпали ему вследствие встречи с Воландом, “ это страдания очищения, или то, что древние греки называли катарсисом. В клинике Стравинского и после неё Иван Бездомный постепенно освобождается от присущего ему невежества и нелюбопытства. В нём появляется здоровый человеческий интерес к необыкновенному и неутолимая жадность к знаниям, не ограниченным никакой догматикой. Он становится внимательным учеником Мастера и получает в награду от автора романа вполне счастливую судьбу. (Не-

кая литературная параллель с Эдмондом Дантесом и аббатом Фариа “ героями знаменитого романа «Граф Монте Кристо» – Александра Дюма “ отца).

В конце булгаковского романа многие годы спустя после пребывания в клинике Стравинского седовласый почтенный профессор Иван Николаевич Понырёв, оказавшийся в своё время весьма восприимчивым учеником Мастера, окончательно избавляется от стереотипов мышления своей молодости. И по крайней мере раз в году, когда наступает майское полнолуние, в нём оживает всё то, что разбудил Мастер, душа его открывается навстречу вечному “ загадочному, непознанному, без чего жизнь человеческая бывает пустой, бесцветной и бессмысленной суевой суей. Ивану Николаевичу трудно даются такие пробуждения и «оживления». Профессор возвращается к себе домой с Патриарших прудов, с той скамеечки, где когда-то молодой поэт разговаривал с Воландом, совсем больной. Но у него есть своя Маргарита, умеющая купировать его мучительное беспокойство и беречь его сон. А во сне Иван Николаевич встречается с главными героями романа Мастера, мирно беседующими на лунной дорожке, и с самим Мастером, и с Маргаритой, и погружается в такой истинно поэтический мир, какого и знать не знал, когда писал свои нелепые богореческие стихи и поэмы.

«Тогда луна начинает неистовствовать, она обрушивает потоки света прямо на Ивана, она разбрызгивает свет во все стороны, в комнате начинается лунное наводнение, свет качается, поднимается выше, затопляет постель. Вот тогда и спит Иван Николаевич со счастливым лицом» [2].

Ивану, в котором так или иначе продолжается то, осталось от Мастера на земле, отданы заключительные строки эпилога бессмертного романа. А основные события повествования венчают вечное уединение Мастера и Маргариты, покидающих Москву вместе и навсегда.

Если вернуться к начальным главам «Мастера и Маргариты», то вспомним, что сам Мастер попал в клинику Стравинского в результате тяжелейшего психоэмоционального стресса, пережитого им после многочисленных и яростных критических статей, после ожесточённой травли, которой он был подвергнут из-за своего литературного произведения о Понтии Пилате. Поток озлобленных статей не прекращался. Вначале Мастер смеялся, второй была стадия удивления и затем наступила фаза страха, причём

страха перед вещами, совершенно не относящимися к роману о Понтии Пилате. Например, страха темноты или страха перед каким-то спрутом с длинными щупальцами, который влезает в окно. Болезнь резко обострилась, и мастер попал в психиатрическую клинику Стравинского. Он, как и Иван Бездомный, в полной мере оценил покой, комфорт, доброжелательность медицинского и вспомогательного персонала, исследовательский и аналитический талант профессора «психиатра Стравинского».

В случае с этими двумя детально и ярко описанными персонажами мы видим, что причиной заболевания является стресс, то есть некий мощный психоэмоциональный негативный фактор, вызвавший потрясение молодого поэта и Мастера, с которым не справилась их психика. И главная задача при этом «создать спокойные и комфортные условия, где бы человек мог постепенно прийти в себя и с помощью мягкого медикаментозного и психотерапевтического лечения снять напряжение и восстановить душевное здоровье, а в чём-то, как в случае с Иваном Бездомным, даже изменить свои базисные личностные установки и ценности».

Богатое воображение писателя, а скорее собственная мечта измученного, затравленного, доведённого до нервного истощения человека, каким был в то время сам писатель Михаил Булгаков, нарисовала психиатрическую клинику, как некий светлый, желанный, спокойный уголок, ограждающий и защищающий человека от тех потрясений, которые несёт этот весьма несовершенный яростный мир. Но мечта о такой идеальной психиатрической клинике, видимо, так и осталась мечтой и вряд ли она реализована в действительности и в наше время.

Более реалистично и более мрачными красками изображает картину психиатрического лечения писатель и врач А.П. Чехов в своём знаменитом рассказе «Палата №6».

Стоящий на отшибе унылый больничный флигель с удушливым и гнилостным запахом, в котором содержатся пациенты с расстройствами психики, сторожит грубый, бесчувственный и тупой человек по имени Никита, который по поводу и без повода избивает больных. Кроме Никиты никто из больничного персонала во флигель не заглядывает. «Стены здесь вымазаны грязно-голубоватой краской, потолок закопчён как в курной избе «ясно, что здесь зимой дымят печи и бывает жарко. Окна изнутри обезображены железными решётками. Пол сер и занозист. Вонь стоит кислой капустой, фитильной

гарью, клопами и аммиаком, и эта вонь в первую минуту производит на вас такое впечатление, как будто вы входите в зверинец» [11].

Таким образом, в отличие от булгаковской клиники профессора Стравинского, в чеховской палате №6 содержатся больные на положении зверья, лечение же никакое вообще не проводится, отношение к людям предельно грубое и насильственное. А между тем природа патологии, как это показано на примере главного героя Ивана Дмитриевича Громова, «мужчины лет тридцати трёх, из благородных», страдающего манией преследования, всё та же. Психика Громова не справилась с трудностями и испытаниями жизни: заболевание является результатом хронической стрессогенной ситуации. Проанализируем её.

Отец Ивана Дмитриевича был человек солидный, зажиточный, проживал на главной улице города в собственном доме и имел двух сыновей. Однако на благополучную и ни в чём не нуждающуюся семью богача ни с того ни с сего посыпались несчастья и беды. Вначале от скоротечной чахотки умер старший сын, студент четвёртого курса университета. Чуть позже за подлоги и растраты был осуждён отец, вскоре умерший в тюремной больнице. Дом и вся недвижимость были проданы с молотка и Иван Дмитриевич остался вдвоём с матерью без всяких средств. Полуголодная беспросветная жизнь, бередящая душу нескончаемая тревога о будущем, поиски заработка для пропитания, фанатичное чтение бестселлеров подорвали и без того некрепкое здоровье нашего героя. И как результат «мания преследования и всевозможные фобии. Так он оказался в палате №6. И вот этот-то пациент неожиданно становится постоянным и желанным собеседником доктора Андрея Ефимовича Рагина, который два десятка лет прослужил в местной больнице, разуверился в возможности изменить что-либо, а в связи с этим и разучившийся полноценно работать, основным занятием и развлечением которого, так же как и для Ивана Дмитриевича, стало запойное чтение книг. Доктор откровенно скучал в этом захолустном уездном городишке, нуждаясь в умном собеседнике, и не находил его, пока однажды случайно не разговорился с больным из палаты №6. Из беседы выяснилось, что у них много общего, оба очень любили читать, оба обостренно воспринимали агрессивную несправедливость и далёкую от совершенства окружающую действительность в своих личностных «скорлупках».

Однако, вероятно, отсутствие реальных дей-

ствий при ясном понимании несовершенства окружающего мира так же наказуемо, как и активное действо при полном безумии. И доктор, будучи в здравом рассудке, только за то, что проявил пристрастие беседовать с пациентом, сам попадает в качестве больного в палату №6. Весьма выразительно и образно описывает Чехов упекшего доктора Рагина в палату №6 врача Евгения Федоровича Хоботова, «хама, лицемера и карьериста», невежественного, бездушного и очень корыстного человека, подозревающего окружающих во всех смертных грехах, не прощающего и не понимающего любой непохожести. В случае с доктором Андреем Ефимовичем Рагиным, оказавшимся в роли пациента злощастной палаты, мы видим ещё одну причину, разрешающую «хоботовым» ставить любой психиатрический диагноз. Это то, что, по словам поэта, обозначается как «и лишь посредственность одна, понятна нам и не странна» и то, что в своё время позволяло в незапамятную пору «застоя» психиатрам выставлять диагноз «шизофрения» всем инакомыслящим...

Если обратиться к самому началу литературной деятельности А.П. Чехова, то нетрудно заметить, что Антон Павлович много внимания уделял «душевым болезням, которые могут проходить и могут излечиваться» / выражение проф. С.С. Корсакова – главы московской школы психиатров, XIX в.) [13].

В 1888 году Чехов дал согласие своему другу издателю А.С. Суворину отредактировать медицинский отдел «Русского календаря». В письме к Александру Сергеевичу Чехов подчеркивал: «Корректуру московской эскулапии для вашего календаря я возьму с удовольствием... Воспользуюсь случаем и вставлю «Дома умалишенных в России» – вопрос молодой и для врачей и земцев интересный» [9].

Психиатрия, судя по всему, чрезвычайно увлекала Чехова, в силу того, что из всех отраслей медицинского знания и клинических специальностей она наиболее приближала доктора к злободневным проблемам психологии и философии. Чехов многократно подчеркивал свой собственный пристальный интерес ко всему, касавшемуся душевной деятельности человеческой личности. В беседе с писателем И.И. Ясинским Антон Павлович заметил, что его крайне интересуют всякие уклоны так называемой души. «Если бы я не сделался писателем, - страстно заметил он, - то, вероятно, из меня вышел бы психиатр» [1].

Чехов тщательно изучал труды знаменитого

корифея психиатрии профессора С.С. Корсакова, был лично с ним знаком, тесно общался с одним из лучших учеников этого видного психиатра – с В.И. Яковенко (именем В.И. Яковенко названа Московская областная психиатрическая больница). На протяжении всей творческой жизнедеятельности великий писатель встречался и переписывался с известнейшими в ту пору специалистами в области психоневрологии – с Н.Н. Баженовым, В.В. Ольдерогге, Н.Н. Реформатским. Всё это оставило яркий след в творческих исканиях Антона Павловича. [6, 7].

В 90-е годы XIX века, когда Чеховым было уже написано и опубликовано большинство произведений, в которых затрагивалась психическая сфера его героев, много писали и говорили о проблеме вырождения человечества, о близости гениальности к сумасшествию; общество увлекалось идеями Ницше, Нордау и иных апологетов пессимистического взгляда на будущее.

Так, например, немецкий публицист М. Нордау утверждал, что увлечение интеллигенции литературным течением психопатологического характера (книгами, в которых воспевались всевозможные душевные отклонения, извращения, разврат, безрассудства, «слепые страсти» и т.д.) обусловлено могучей «доминантой века» - вырождением.

В беседе с таганрогским журналистом А.Б. Тараховским Чехов сказал: «Никакого вырождения нет. Это всё Макс Нордау выдумал. Неврастения же скоро исчезнет. Мы все страдаем этой болезнью. Она явилась от того, что мы попали в непривычную обстановку. Наши отцы землю пахали и кузнецами были, а мы в первом классе ездим и в 5-рублевых номерах останавливаемся». Одной из своих корреспонденток Чехов написал так: «Нашего нервного века» я не признаю, так как во все века человечество было нервно». [11].

Побывав на Сахалине, Антон Павлович ещё более убедился и утвердился во мнении, что «сила человеческого духа может победить в нем недостатки, даже полученные в наследственность» [11].

Герои многих произведений великого реалиста Чехова (легко вспомнить кроме «Палаты №6», рассказ «Черный монах», рассказ «Припадок», повесть «Дуэль» и др.) вызывают у читателей чувства и жалости, и сострадания, и гнева, поскольку гениальный писатель как никто другой умел пробуждать эти эмоциональные ощущения своей строго объективной, ясной и точной манерой письма, потому что очень хорошо понимал поведение человека, знал его раз-

личные психо-эмоциональные состояния, вникал в истинные причины, детерминирующие те или иные психические страдания людей.

В интереснейшей монографии Ю.Г. Виленского «Доктор Булгаков», посвященной влиянию медицины на творчество писателя и врача Михаила Афанасьевича Булгакова, в одной из наиболее солидных и представительных глав соотносятся судьбы и творчество трех известнейших писателей, имевших медицинское образование, - В.В. Вересаева, А.П. Чехова и М.А. Булгакова [4].

Михаил Афанасьевич очень любил Чехова, но не фанатичной любовью, а какой-то ласковой, как любят умного, старшего брата. Он особенно восторгался записными книжками Антона Павловича. Письма его знал наизусть. Однажды Михаил Афанасьевич спросил Л.Е. Белозерскую, какое из литературных произведений ей нравится больше всего. И услышав, что, по её мнению, это «Тамань» М.Ю. Лермонтова, заметил: «Вот и Антон Павлович так считает.» И тут же назвал письмо Чехова, где это сказано.

Истинное родство душ сближало М.А. Булгакова, и с В.В. Вересаевым, который сам лично был знаком с А.П. Чеховым и который на первых порах литературной деятельности Булгакова помогал ему даже материально, делая это в деликатной и трогательной форме. Вересаев писал Михаилу Афанасьевичу: «Поймите, я это делаю вовсе не лично для Вас, а желая сберечь хоть немного крупную художественную силу, которой Вы являетесь носителем» [4].

Глубокая духовная преемственная связь между тремя писателями-врачами, исповедующими единую философию медицинского рационализма, гуманизма и милосердия сегодня в XXI столетии как никогда актуальна для вступающих на путь профессионального служения людям молодых медиков.

Произведения писателей-врачей дают нам великие уроки тонкого психологизма и гуманной врачебной деонтологии, их книги учат чуткому и внимательному отношению к пациентам, направляют врачебное мышление детально исследовать ведущие механизмы психологического и стрессогенного характера, а исходя из этого разрабатывать и полноценные программы эффективной терапии, предполагающие помимо всего прочего гуманные формы содержания пациентов и деонтологичного отношения к «боль терпящим».

Наука любви к человеку. Постскрипtum.

Как известно, система естественно-научных взглядов и интуитивно-провидческих знаний о

природе человека М. Булгакова, столь ярко заявившая себя еще в студенческие годы будущего «лекаря с отличием», глубокая погруженность мужающего Мастера в мир медицины, медицинской этики и психологии подверглась жёсткому экзамену в лазаретах и госпиталях, лечебных учреждениях Красного Креста на протяжении Первой мировой и гражданской войн, в земских амбулаториях и сельских больницах, когда молодой врач и начинающий литератор лицом к лицу столкнулся с суровой действительностью гибели старого мира, с распадом некогда могущественной империи, с потерей социумом христианских нравственных ориентиров и элементарных критериев общечеловеческих ценностей. Проникновенно подчеркнул приобретенный Булгаковым опыт тех лет писатель и врач Юрий Щербак в последствии к книге Ю. Г. Виленского «Доктор Булгаков» : «Ненависть к любому насилию, неприятие любой политической доктрины, ведущей к «счастью» через горы трупов, - все эти качества были прочно закодированы в душе Булгакова, вынесшего из аудиторий медицинского факультета в Киеве может быть самую важную в мире науку : науку любви к человеку». В интереснейшей монографии «Гений в искусстве и науке» Н. В. Гончаренко, упоминая о множестве талантливых художников и ученых, высказавших уникальные идеи и создавших произведения, получившие славу гениальных, наряду с «Горем от ума» А. С. Грибоедова, некоторыми «вещами» композитора А. Глазунова, стихами Ф. И. Тютчева, парадоксами О. Уайльда, изобретениями братьев Райт (кино), А. С. Попова (радио), изобретениями Ларошфуко, называет и удивительные произведения Андрея Платонова и Михаила Булгакова. «Учения, - писал видный русский эстетик середины XIX века А. В. Дружинин, - можно найти такой божественный оборот речи, за которым сто лет пробился бы напрасно». Эти слова можно в полной мере отнести к творчеству героев нашей публикации. Исанне Ефремовне Лихтенштейн принадлежит замечательная мысль о том, что став профессиональным писателем, Булгаков оставался медиком по своему мироощущению и, главное, имел четкое представление о том, каким должен быть истинный врач. В не меньшей степени это наблюдение можно отнести к Чехову. В одной из своих многочисленных записных книжек А. П. Чехов писал: «Хорошо, если бы каждый из нас оставлял после себя школу, колодезь или что-нибудь вроде, чтобы жизнь не проходила и не уходила в вечность бесследно». И Чехов, и Булга-

ков действительно оставили после себя добрую память о сотнях и тысячах спасённых и исцелённых пациентов, а также неиссякаемый кла-

дезь волнующих книг, которые всегда будут призывать к правде и милосердию и к которым будут во все времена обращаться люди.

I.I. Kutko, V.O. Teryshin, M.O. Peresadin

А.П. ЧЕХОВ І М.А. БУЛГАКОВ. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ І ДЕОНТОЛОГІЧНІХ ПОСТАСІ ЖИТТЯ І ТВОРЧОСТІ ЗНАМЕНИТИХ ПИСЬМЕННИКІВ – ЛІКАРІВ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Луганський державний медичний університет

У статті описані основні віхи творчості і життя видатних письменників А.П. Чехова і М.А. Булгакова. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 100-109).

I.I. Kutko, V.A. Teryshin, N.A. Peresadin

A.P. CHEKHOV AND M.A. BULGAKOV. MEDICAL, PSYCHOLOGICAL AND DEONTOLOGICAL HYPOSTASES LIFE AND WORK OF THE FAMOUS WRITERS – DOCTORS

Institute of neurology, psychiatry and narcology of the AMS Ukraine, Lugansk state medical university

The paper describes the major milestones of life and creativity of outstanding writers, A.P. Chekhov and M.A. Bulgakov. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 100-109).

Литература

1. Бердников Г.П. Чехов / Г.П. Бердников: М.: Мол. гвардия, 1978. - 512 с. – (Жизнь замечат. людей. Серия биограф. Вып. 17 (549)).
2. Булгаков М.А. Избр. произв.: В 2 т. Т.2 / Сост. и коммент. Л.М. Яновской. – Киев: Дніпро, 1989. - 750 с.
3. Булгаков М.А. Пьесы. Романы/ Сост., вступ. ст. и примеч. В.М. Акимова. – М.: Правда, 1991. – 768с.
4. Виленский Ю.Г. Доктор Булгаков с Ю.Г. Виленский. – Киев: Здоровья, 1991.- 256 с.
5. Виолле К. Малая космогония автобиографических произведений / Изв. А.Н. Серия литер-ры и языка, 2004. – т. 63. - №2. – С. 57-61.
6. Гончаренко Н.В. Гений в искусстве и науке. – М.: Искусство, 1991. – 432 с.
7. Краснящих А.П. Гениальность как помешательство. – Газета 27 сентября 2012 г.
8. Лакшин В.Я. Булгаковиана / В.Я. Лакшин. – М.: АСТ, 2008. – 128 с.
9. Меве Е.Б. Медицина в творчестве и жизни А.П. Чехова / Е.Б. Меве. – Киев: Здоровья, 1989. - 280 с.
10. Мифологический словарь / Гл. ред. Е.М. Мелетинский. – М: Сов. энциклопедия, 1990. – 672 с.
11. Моруа А. Литературные портреты / А. Моруа. – М.: Правда, 1971.- 454 с.
12. Открой книгу и узнай судьбу по книге М. Булгакова «Мастер и Маргарита»/ Авт.-сост. Т.И. Ревяко. - Мн.: Современный литератор, 2005. – 672 с.
13. Паперный З.С. Записные книжки Чехова / З.С. Паперный. – М.: Сов. писатель, 1976. – 392 с.
14. 500 знаменитых людей планеты. – Харьков: Фолио, 2006. – 991с.
15. Смирнов В.Ф. Чехов и медицина / В кн. Десять лет.: М.: Рос. Об-во медиков-литераторов. – 2002. – С. 151-159.
16. Чехов А.П. Среди милых москвичей / А.П. Чехов. – М.: Правда, 1988. – 620 с.

Поступила в редакцию 14.02.2013

УДК 616.89 (092)

*П.Т. Петрюк², А.П. Петрюк¹***СЛОВО О КНИГЕ ПРОФЕССОРА К.Т. ЯСПЕРСА «ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ» (К 100-ЛЕТИЮ ПУБЛИКАЦИИ)**

¹Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), ²Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Ключевые слова: профессор К.Т. Ясперс, книга «Общая психопатология», особенности подготовки, теоретический анализ

*Тот, кто обращается к старому,
способен открывать новое,
достойн быть учителем.
Конфуций*

Карл Теодор Ясперс (Karl Theodor Jaspers) (1883-1969) – выдающийся немецкий учёный, психиатр, психолог, психопатолог, философ, культуролог, политический мыслитель, специалист в области клинической психологии, философии психологии и теоретической психологии, который внес большой вклад в изучение вопросов психопатологии, патографии, психологии, философии экзистенциализма, являясь одним из создателей этого направления философии, кризиса традиционного либерально-индивидуалистического гуманизма и вместе с тем – попытки осмысления этого кризиса и осознания невозможности выхода из него.

Его мысли выражены в многочисленных трудах, но особое место среди них занимает главный труд юбиляра (в этом году исполняется также 130 лет со дня рождения К. Ясперса) – всемирно известная монография «Общая психопатология», 100-летие публикации которой психиатрическая общественность мира будет отмечать в текущем 2013 году [1-4].

К. Ясперс, став дипломированным врачом в 26 лет и получив в 1909 году степень доктора медицины, поступил в психиатрическую клинику Гейдельбергского университета на работу, где стал вольным научным ассистентом. Здесь он оставался до 1915 года, т.е. до 32 летнего возраста, где с присущей ему немецкой пунктуальностью добросовестно работал с отдельными пациентами, исследовал их способности, беседуя с ними и изучая поведение до мельчайших деталей. В 1911 году, когда ему исполнилось 28 лет, один из его коллег, главный врач клиники Карл Вильманс, известный своими описаниями лег-

ких форм маниакально-депрессивного психоза, предложил К. Ясперсу, как автору уже целого ряда опубликованных работ по психопатологии, изложить концепцию общей психопатологии. Критически овладевая богатствами психиатрического наследия, К. Ясперс пришел к неожиданному убеждению, что психиатрия не дала миру ни одного гения.

Справедливости ради отметим, что в то же время, оставаясь весьма скупым на похвалы в адрес именитых психиатров, он все же отмечал как чрезвычайно талантливых таких немецких учёных, как Карл Вернике, Эмиль Крепелин и, в особенности, Пауль Юлиус Мебиус. Причем уже тогда он отмечал не только вклад П.Ю. Мебиуса в этиопатогенез психических заболеваний, но и серию ярких патографических исследований об А. Шопенгауэре, Ж.-Ж. Руссо, И.В. Гёте и Р. Шумане. Его влияние выразилось не только в увлечении К. Ясперса патографией, давшем ряд исследований личностей А. Стриндберга, В. Ван Гога, Э. Сведенборга, Ф. Гёльдерлина, а также специальное исследование болезни Ф. Ницше в связи с его творчеством, но и в дальнейшем развитии некоторых идей П.Ю. Мебиуса, который не только впервые разделил нервные и психические заболевания на экзогенные и эндогенные, но и противопоставил органическим изменениям изменения вследствие душевных расстройств, в случае которых отклонение от нормального течения мозговых процессов наступает вследствие «каких-либо представлений», т.е. «психическим путем» [5, 6]. Анализируя общие логические предпосылки психологии и психиатрии, К. Ясперс стремился создать основы тео-

рии познания психиатрии. В этом своем стремлении он был не одинок и разделял его с молодыми психиатрами Гейдельбергской клиники (к примеру, с талантливым психиатром Артуром Кронфельдом).

Существовали и другие факторы, дававшие ему – К. Ясперсу силы и определявшие его особый интерес к раскрытию причин психических расстройств, преимущества перед другими психиатрами. Один из них – его встреча в 1907 году с Гертрудой Майер, ставшей в последующем женой К. Ясперса в 1910 году. Глубоко напуганная психической болезнью своей сестры, душевной неуравновешенностью брата и суицидом ближайшего друга, Гертруда пыталась стать психиатрической сестрой, однако не нашла успокоения в этой социальной роли. Увлеченная вечными вопросами о природе и смысле человеческой личности она оканчивает философский факультет университета. Следует особо подчеркнуть, что Гертруда всегда оставалась верной спутницей К. Ясперса как на его жизненном пути, так на пути интеллектуальных свершений.

Другой фактор, обусловивший социальную изоляцию и сокращение какой-либо общественной активности К. Ясперса, имел истоки в негативном детском жизненном опыте. Из-за болезни легких, развившейся в тяжёлые бронхоэктазы с сердечными декомпенсациями, он рос болезненным ребенком, хотя в других отношениях был физически крепким. Вследствие болезни он был лишен возможности участвовать в «отроческих забавах» сверстников, не мог заниматься верховой ездой, плаванием и танцами, часто был одинок. Когда он стал студентом-медиком, и его состояние было окончательно диагностировано, он отпустил себе (в соответствии с «теорией») только десять лет жизни, но воспринял это стоически, приступив к самолечению с помощью строгих режимов. В то же время он стал напряженно работать с целью достижения высот мысли до того, как его настигнет смерть. Потому в написании «Общей психопатологии» К. Ясперс вложил все, что мог, и всегда признавал, что это было его самое значительное достижение [7-9].

Необходимо также отметить, что очень большое влияние на воспитание молодого К. Ясперса имел его отец, которому он в последующем и посвятил свою знаменитую книгу «Общая психопатология» (1913).

После выхода «Общей психопатологии» в 1913 году и защиты её в качестве докторской диссертации по психологии у профессора В.

Виндельбанда, преподававшего философию в тот период также и в Гейдельбергском университете, К. Ясперс в принципе отходит от психиатрии. По сути, в «Общей психопатологии» К. Ясперсом был воссоздан весь категориальный аппарат психиатрии с феноменологических позиций. Вводя термин «феномен» в психиатрию, К. Ясперс оговорил его применение для обозначения узкой сферы индивидуальных психических переживаний, что было соотносимо с первоначальным пониманием его Э. Гуссерлем в его дескриптивной психологии проявлений сознания. Более позднее использование Э. Гуссерлем понятия феномена в смысле «усмотрения сущностей» («Wesensschau») он не считал полезным для своих целей. В основном К. Ясперс придерживался феноменологической модели сознания, изложенной в «Логических исследованиях» Э. Гуссерля, в котором сознание полагается как бесконечный «поток», но, тем не менее, синтезированной и целостной формы. В этом потоке, однако, вычленяются отдельные единицы, собственно гуссерлевские «феномены», также характеризующиеся целостностью, которые возможно рассматривать как в их своеобразии, так и в единстве с потоком [7-9].

В 1913 году К. Ясперс, как уже отмечено выше, публикует свою монографию «Общая психопатология». Ему в то время исполнилось всего 30 лет. Он получает за неё степень доктора психологических наук. Создать такое за два года, или за четыре года, если считать с момента прихода в клинику, значит отказаться от всего другого. Но К. Ясперс в 1910 году женился на Гертруде Майер, которую полюбил с первой встречи в 1907 году, и которая стала соучастником создания его основных философских трудов. «Общая психопатология» быстро завоевала всеобщее признание. На протяжении десятилетий она «оставалась одним из важнейших дел» его жизни и постоянно пополнялась, вплоть до седьмого издания 1959 года, когда её объем составил 716 страниц, т.е., фактически удвоился. Пугающая иных своим объемом «Общая психопатология» обладает четким и ясным планом. К. Ясперс начинает с того, что предстает психиатру, прежде всего: с субъективных переживаний больных, т.е., всего, что присутствует или происходит в их сознании (предмет феноменологии) и объективных фактов, т.е. результатов тестирования и наблюдения за состоянием, поведением, и деятельностью разного рода, а затем, соответственно этим двум сферам, подробно обсуждает «понятные связи» и «причинные связи».

Далее он интегрирует их для «целостного постижения жизни личности» в триединстве следующих аспектов: целостности конкретного заболевания (нозология), типологической целостности (пол, конституция, раса и вся совокупность соматических, психических и духовных аспектов) и целостности течения жизни (биографика). Затем переходит к социологическим и историческим аспектам аномальной психической жизни, и завершает строго критическим обсуждением вопроса о целостном познании человека. Это – по его убеждению – принципиально невозможно для науки и является предметом философской антропологии и «общей тенденцией всех догматических теорий человеческого бытия». Действительно, антропологические направления психиатрии по большей части спекулятивны и не фундированы феноменологически так, как это удалось К. Ясперсу.

К. Ясперс оказался человеком, по особенностям личности, характера, способностей и обстоятельств жизни, словно созданным для грандиозного труда «Общей психопатологии» – книги, ставшей профессиональным Евангелием психиатрии. Не «священной коровой», а текстом, который дышит глубиной, многомерностью, честностью и взвешенностью мысли, который учит видеть непредвзято и мыслить самостоятельно и не в одной плоскости. Для К. Ясперса и философия – это, прежде всего, само свободное философствование, вопрошание действительности, в котором ты участвуешь всем своим существом, в отличие от науки, где наоборот, следует исключить все личное. Устоявшиеся истины для него уже не философия.

К. Ясперс ввел в психопатологию, как уже подчеркивалось выше, феноменологический метод, что позволило ему дать классические по четкости, ясности и полноте описания многочисленных психопатологических феноменов, сделав осуществимой их надежную квалификацию, т.е., превратил субъективный самоотчет больных в научно-объективное свидетельство. Он заново переработал весь категориальный аппарат предмета с феноменологических оснований, выделил четыре аспекта сознания «Я», разработал принципиальные разграничения и определения, ввел понятие «патологическое развитие личности» и многое другое.

В «Общей психопатологии» К. Ясперс дал нам пример редкой взвешенности своих позиций, он удержался от всех непродуктивных односторонностей реализма и номинализма, эмпиризма и рационализма, экзистенциального фи-

лософствования и научного ригоризма, только феноменологической или только индуктивной методологии, он сумел сочетать их всякий раз адекватно задаче исследования. Это убергло «Общую психопатологию» как от релятивизма, так и от догматичности, и сделало неуязвимой к односторонне номиналистической критике J. Glatzel, M. Schdfer и других.

В предисловии к седьмому изданию (1959) К. Ясперс пишет: «Ныне понимающая психология, питающаяся из других – в том числе и достаточно мутных, – источников, стала, несомненно, одной из неотъемлемых частей психиатрии. И все же, когда мою книгу относят к феноменологическому направлению или к понимающей психологии, это справедливо лишь наполовину. Моя книга шире отдельных направлений: она разъясняет методы, подходы, исследовательские направления психиатрии вообще. Вся совокупность опытного знания подверглась в ней всестороннему методологическому осмыслению и представлена в систематической форме» [2].

К. Ясперс – наиболее яркий пример не только благотворного влияния утонченной философской рефлексии на психиатрию, но и обратного продуктивного влияния медицинской практики на философию. Его оригинальная философская концепция выросла из экзистенциального философствования относительно коммуникации психиатра со своим больным, в которой происходит встреча с «Другим» и реализация «Я» в процессе самораскрытия. Тема коммуникации стала сквозной для его творчества. Уже в первом томе его «Философии» (1931) содержится глубокое философское обоснование того, что оформилось впоследствии в принципы партнерства и информированного согласия.

Небезынтересно, что после публикации «Общей психопатологии» К. Ясперс написал несколько патографий: в 1920 году об А. Стриндберге и В. Ван Гоге в сопоставлении с Э. Сведенборгом и Ф. Гёльдерлином, а в 1936 году о Ф. Ницше. С опубликованием в 1919 году «Психологии мировоззрений», он переходит на философский факультет. Психиатрию он покинул в 1915 году, отказавшись возглавить исследовательскую психиатрическую клинику в Мюнхене. Уход из психиатрии был связан с его болезнью и дался нелегко.

Характерно для К. Ясперса, что в 1914 году он смело противостоял всеобщему милитаристскому угару, охватившему университеты [9].

Работа К. Ясперса, будущего знаменитого философа, ведущего представителя экзистенци-

ализма, «Общая психопатология», которая неоднократно уже упоминалась выше, является защищенной им в 1913 году докторской диссертацией, которая в том же году впервые вышла в свет в виде отдельной книги. Дело в том, что К. Ясперс специализировался по психологии в Гейдельбергском университете, и долгое время не хотел делать философию своей профессией, потому что считал её не наукой, а непосредственным жизненным духовным действием. С тех пор эта книга неоднократно перерабатывалась и переиздавалась. Этот классический труд во всем мире служит настольной книгой тех, кто интересуется психологией, культурологией и психиатрией. От феноменологии отдельных психических болезней автор восходит к широким философским обобщениям, касающимся человека в целом в его экзистенциальной связи с другими людьми. Первый перевод данной книги на русский язык был сделан в 1997 году по последнему прижизненному изданию 1959 года (Карл Ясперс. Общая психопатология: Пер. с нем. Л.О. Акопяна / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.).

Данный труд К. Ясперса посвящен проблемам психопатологии как науки, в отличие от психиатрии как клинической практики. Наука, по мнению К. Ясперса, предполагает систематическое, концептуальное мышление, которое может быть сообщено другим. Поэтому психопатология является наукой в той мере, в какой она отвечает этому требованию. Исходя из такого определения научности, К. Ясперс ограничивается в настоящей книге только тем, что может быть сообщено и воспринято в рамках сугубо научной терминологии. В то же время, по мнению К. Ясперса, собственный научный вклад психопатологии должен состоять не в том, чтобы, имитируя неврологию, построить систему с постоянными «перекрестными ссылками» на головной мозг (это всегда кажется не соответствующим действительности и поверхностным), а в том, чтобы выработать устойчивую позицию, которая позволила бы исследовать разнообразные проблемы, понятия и взаимосвязи в рамках самих психопатологических явлений [7, 8].

При составлении общего плана данной работы в полном блеске проявился могучий интеллект К. Ясперса как методолога и систематизатора. Во введении к «Общей психопатологии» К. Ясперс утверждает: «Психопатология ограничена, ибо индивида совершенно невозможно растворить в психологических понятиях... в любой человеческой личности кроется нечто

непознаваемое» [2]. Так К. Ясперс формулирует свою исходную методологическую позицию, которая, хотя и ассоциируется с агностицизмом и скептицизмом, тем не менее, очень плодотворна. Учёный сразу же отказывается от претензии на достижение всеобъемлющего знания о природе человеческой психики, от сведения индивидуального к «типичному и регулярному» и установления «законов». Он настраивает себя и своих читателей на «понимающее созерцание», на свободное от предвзятых теоретических схем изучение единичных, уникальных по своей странности феноменов психической жизни. Выявление, фиксация и описание таких феноменов намного важнее, с его точки зрения, чем поспешное диагностирование, заключающее в себе не подлежащий апелляции приговор психиатра. Несмотря на кажущийся прогресс в области изучения человеческой психики, человек, по своей экзистенциально-онтологической сути, остается непостижимой для науки загадкой. Такой мировоззренческий лейтмотив всего исследования К. Ясперса [10].

Книга состоит из шести частей: Тема первой части – эмпирические явления психической жизни. Вторая и третья части посвящены взаимосвязям в сфере психической жизни, и предназначены для развития исследовательских способностей психопатолога. В четвертой части предлагается попытка синтеза, которая заключается в поиске путей к пониманию психической жизни личности как целого. Это – всесторонний подход клинициста, воспринимающего своего больного как целостную личность и мыслящего свой диагноз в терминах истории данной личности. Пятая часть рассматривает аномальную психическую жизнь в аспекте социологии и истории, в то время как шестая, и заключительная, часть посвящена рассмотрению человеческой жизни в единстве всех ее проявлений.

Такой всесторонний подход К. Ясперса к исследованию психопатологии человека является одной из самых сильных его сторон, и связан с тем, что, по мнению К. Ясперса, человеческая душа является порождением не только природы, но и культуры. Это тем более важно, так как, например, чрезмерный акцент З. Фрейда на биологических факторах в ущерб культурным: «анатомия – это судьба», привел его к некоторым ошибочным выводам, за которые он был подвергнут справедливой критике классиком неофрейдизма К. Хорни [11].

В то же время надо отметить, что с позиции

нынешних знаний не все положения данной работы К. Ясперса выдержали испытание временем. Так, например, ошибочным представляется его мнение о том, что у человека есть собственная судьба, осуществление которой всецело зависит от него самого, ибо К. Ясперс упускает здесь из виду расщепленность личности невротика, который не творит свою судьбу, а пытается, двигаясь по порочному кругу (вынужденный повтор), разрешить свои внутренние конфликты.

Также несколько устаревшими кажутся нам представления К. Ясперса о том, что в противоположность животным человек не наделен врожденной, совершенной способностью к адаптации. Ибо, признавая крайнюю недостаточность «инстинктивной оснастки» младенца, современные исследователи отмечают также, что некоторая отсрочка в развитии самостоятельности наглядно видна у высших животных, а у обезьян имеются некоторые указания на латентный период, хотя широкий диапазон аллопластических адаптаций доступен лишь человеку.

Однако в целом данный труд К. Ясперса настолько богат всевозможными идеями и представлениями, и настолько блестяще выполнен в методологическом плане, позволяя ему восходить от феноменологии отдельных психических болезней к широким философским обобщениям, касающимся человека в целом в его экзистенциальной связи с другими людьми, что вполне может служить настольной книгой для тех, кто интересуется психологией, культурой и психиатрией [7]. Для него философия и наука вместе составляли необходимые элементы всего человеческого стремления к познанию истины.

Свою книгу «Общая психопатология» (1913) К. Ясперс называл «основным делом жизни» в течение нескольких десятилетий. По мнению его руководителя в психиатрической клинике Ф. Ниссля, К. Ясперс в своей книге оставил далеко позади самого Э. Крепелина. «Психиатры должны учиться думать», – говорил он коллегам, вызывая непонимание своим увлечением феноменологией Э. Гуссерля, которую сделал для себя «методом и мировоззрением» [7]. После публикации всеохватывающего труда по психопатологии в 1913 году он по состоянию здоровья отказался от работы в области практической медицины и «против воли» перешел на фило-

софский факультет Гейдельбергского университета, где начал читать лекции по психологии. В кругу философов-профессионалов К. Ясперса долгое время считали чужаком, хотя уже в «Общей психопатологии» и затем в «Психологии мировоззрений» (1919) он проявил себя в качестве философски мыслившего исследователя. Анализ философских оснований психопатологической концепции К. Ясперса позволяет уяснить логику его перехода к теоретизированию в области историософии [3, 12]. В предисловие к седьмому изданию «Общая психопатология» (1959) К. Ясперс самокритично писал: «Переработка этой книги на основе результатов психиатрических исследований последних двух десятилетий удалась бы мне только в том случае, если бы я некоторое время прожил в клинике в качестве наблюдателя и, соответственно, имел возможность освежить и расширить собственный опыт. Но ныне для меня это уже недоступно. Тем не менее, моя книга, судя по тому, насколько быстро она расходуется, все еще не устарела. Она требует значительного расширения в том, что касается материала исследований, особенно по головному мозгу и соматической медицине. Впрочем, включение нового материала никоим образом не затронуло бы моих методологических принципов. Несомненно, сегодня можно было бы написать лучшую книгу также и в методическом смысле, но это задача для более молодого учёного – того, кто сумеет критически усвоить и расширить достигнутое здесь понимание методов и, возможно, представить его в новом контексте. Я с радостью приветствовал бы появление такой книги. Пока же этот мой давний труд остается подходящим руководством, способным помочь врачу, желающему освоить психопатологический образ мышления» [2].

Таким образом, актуальность монографии К. Ясперса «Общая психопатология» (1913), 100-летие публикации которой мировая психиатрическая общественность отмечает в текущем году, сохраняется до настоящего времени. Она является бесценным научным вкладом в отечественную и мировую практическую и научную психиатрию, а её основные положения должны активно использоваться и развиваться врачами-психиатрами и научными работниками в их повседневной практической и научно-исследовательской деятельности.

**СЛОВО ПРО КНИГУ ПРОФЕСОРА К.Т. ЯСПЕРСА «ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ»
(ДО 100-РІЧЧЯ ПУБЛІКАЦІЇ)**

¹Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача), ²Харківський міський благодійний|благодійний| фонд|фундація| психосоціальної реабілітації осіб|обличчя,лице| із|зі| проблемами психіки, м. Харків

Проведено теоретичний аналіз і висвітлені особливості підготовки та написання класичної монографічної праці К.Т. Ясперса «Загальна психопатологія» (1913), опублікованої 100 років тому, яка у всьому світі до теперішнього часу служить настільною книгою для тих, хто цікавиться психологією, культурологією і психіатрією. Автор в даній роботі від феноменології окремих психічних хвороб сягає до широких філософських узагальнень, що стосуються людини в цілому в його екзистенціальному зв'язку з іншими людьми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 110-115).

P.T. Petryuk², A.P. Petryuk¹

**WORD ABOUT THE BOOK OF PROFESSOR K.T. JASPERS «GENERAL
PSYCHOPATHOLOGY» (TO 100-YEARS OF PUBLICATION)**

¹Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine, Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), ²Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

A theoretical analysis is conducted and the features of preparation and writing of classic monographic labour of K.T. Jaspers «General Psychopathology» (1913) are lighted up, published 100 years ago, which in the whole world to the present tense serves as a table book those, who is interested in psychology, cult urology and psychiatry. The author in this work from phenomenology of separate psychological illnesses ascends to wide philosophical generalizations, to touching a man on the whole in his existential connection with other people. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 110-115).

Литература

1. Савенко Ю.С. Уроки Ясперса (120-летие Карла Ясперса (1883-1969). 90-летие «Общей психопатологии» (1913) / Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. — 2003. — № 3 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.npas.ru/journal/2003/3/jaspers.htm>.
2. Карл Ясперс. Общая психопатология: Пер. с нем. Л.О. Акопяна / К. Ясперс. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
3. Сидоренко И.Н. Карл Ясперс / И.Н. Сидоренко. — Мн.: Книжный Дом, 2008. — 224 с. — (Мыслители XX века).
4. Петрюк П.Т. Профессор Карл Теодор Ясперс — выдающийся ученый, психиатр, психолог и философ современной эпохи (К 125-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2008. — № 3-4 (20-21). — С. 137-142.
5. Мебиус П. Ю. Общая диагностика нервных болезней: Пер. с нем. под ред. д-ров С. Серебрянникова и А. Фейнберга / Dr. Paul Julius Moebius, доц. Лейпциг. ун-та. — СПб.: Тип. Эттингера, 1886. — 360 с.
6. Морозов В.М. К концептуальной истории эндогенности и экзогенности в психиатрии / В.М. Морозов, С.А. Овсянников // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1991. — Т. 91. — № 10.

— С. 95-100.

7. Старовойтов В. Рецензия на книгу К. Ясперса «Общая психопатология» / В. Старовойтов. — Москва: «Практика», 1997 [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.utopiya.spb.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1100:—q-q—qq-1997—&catid=77:—5&Itemid=202.
8. Goldberg D. Karl Jaspers, General Psychopathology — reflection / D. Goldberg // ВЖП, February 2013. — Volume 202. — Issue 2. — P.83.
9. Ткаченко А.А. Карл Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии / А.А. Ткаченко [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://anthropology.rinet.ru/old/3/tkachenko_jaspers.htm.
10. Водолагин А.В. Психопатология и метафизика воли (к 125-летию Карла Ясперса) / А.В. Водолагин // Вопросы философии. — 2008. — № 5. — С. 140-148.
11. Хорни К. Новые пути в психоанализе: Пер. с англ. А. Боковикова / К. Хорни. — М.: Академический проект, 2007. — 239 с.
12. Водолагин А.В. Интеллектуальные искания Карла Ясперса: от психопатологии к метафизике истории / А.В. Водолагин [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rl-online.ru/articles/3-04/471.html>.

Поступила в редакцию 6.02.2013

ВИМОГИ ДО СТАТЕЙ

Публікація повинна повністю відбивати сучасний стан розробки досліджуваної проблеми, містити нові результати на основі проведеного дослідження. До друку приймаються оригінальні статті українською, російською чи англійською мовами, присвячені власним дослідженням авторів по актуальним проблемам клінічної, біологічної та соціальної психіатрії, медичної психології, патопсихології, психотерапії, статті по історії, організації та управлінню психіатричною службою, питанням викладання психіатрії та суміжних дисциплін, лекції для лікарів та студентів, спостереження із практики, дискусійні статті, хронічку, рецензії на нові видання, які раніше не друкувалися, що оформлені відповідно наступним вимогам:

1. Рукопис надається російською, українською або англійською мовою у 3-х примірниках. 2 примірники друкуються на папері формату А4. Третій, ОБОВ'ЯЗКОВИЙ, електронний екземпляр рукопису надається у будь-якому текстовому редакторі Microsoft Office в одному файлі на дискеті або електронною поштою.

2. Обсяг оригінальних статей повинен бути не більше 12 сторінок друкованого тексту, рукопису – 8 сторінок, спостережень із практики, робіт методичного характеру – 12 сторінок, включно список літератури, таблиці, підписи до них, резюме українською та російською мовами.

3. Стаття повинна мати візу керівника (на 2-му примірнику), офіціальне направлення закладу (1 прим.) та експертний висновок (2 прим.)

4. На першій сторінці зазначаються: шифр УДК; прізвища та ініціали авторів (кількість авторів однієї статті не повинна перевищувати п'яти осіб); назва статті великими буквами; назва закладу, де виконувалася робота (назва закладу, місто, країна); e-mail (обов'язково), дані про зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами (бажано з наведенням номеру держреєстрації), дані про фінансування розробки певними установами, фондами, організаціями, гранти (при їх наявності), ключові слова (не більше 6-ти), що віддзеркалюють важливіші особливості даної роботи та, за необхідністю, методику дослідження.

5. Викладання повинно бути максимально простим та чітким, без історичних вступів, повторів, неологізмів та наукового жаргону. Стат-

тя повинна бути ретельно перевірена: хімічні та математичні формули, дози, цитати, таблиці візуються автором на полях. Автори повинні виконувати вимоги міжнародної номенклатури. За точність формул, назв, цитат та таблиць несе відповідальність автор.

6. Необхідна послідовність викладання з чітким розподіленням матеріалу відповідно наступним вимогам:

- вступ - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями, аналіз останніх (за останні 5-7 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор із виділенням невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;

- формулювання мети (постановка завдання);

- опис матеріалів та методів дослідження з визначенням методу статистичної обробки даних;

- результати та їх обговорення - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;

- висновки з даного дослідження, перспективи подальших розробок у даному напрямку.

7. Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі MICROSOFT WORD. Відступ абзацу - 1,25 см. Поля з усіх боків по 20 мм.

8. Таблиці повинні бути компактними, наочними та містити статистично оброблені матеріали. Необхідно ретельно перевіряти відповідність назви таблиці та її окремих граф їхньому змісту, а також відповідність підсумкових цифр та процентів у тексті таблиці. Достовірність відмінностей треба підтверджувати статистично.

9. Список літератури оформлюється згідно з ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 "Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання" (Бюлетень ВАК України. – 2008. - № 3. – С. 10 – 13.). Літературні посилання в тексті зазначаються арабськими цифрами у квадратних дужках, що відповідають нумерації джерел у списку літератури у послідовності їхнього порядку згадування у тексті (Ванкуверська система цитування).

10. Рукопис повинен бути ретельно відредак-

тований та перевірений автором. Усі зазначення буквами та абрєвіатури у тексті повинні бути пояснені.

11. До статті надається резюме російською, українською та англійською мовами (150-200 слів). В резюме необхідно чітко зазначити мету, методи дослідження, результати та висновки. Обов'язковим є визначення повної назви статті, прізвищ та ініціалів всіх авторів та організацій, де була виконана робота.

12. **УВАГА!** У зв'язку зі змінами вимог до публікацій, що введені в дію з 01.01.2013р. Державною атестаційною комісією МОН молоді та спорту України, необхідним є обов'язкове представлення до публікації розширеної англійської анотації (реферату).

Розширений реферат англійською мовою, який буде розміщуватися на сайті журналу, повинен складати 2 сторінки тексту та мати такі обов'язкові складові:

- УДК;
- ініціали та прізвища авторів, установа, де виконано роботу, електронна адреса (Authors' names and institutional affiliations, e-mail);
- назва статті (Title);
- основний текст, що містить наступні рубрики: вступ (Introduction) з описом актуальності;
- мета роботи (Aim);
- матеріал та методи (Materials and Methods);
- результати та їх обговорення (Results and discussion);
- висновки (Conclusions).

Реферат англійською мовою повинен бути структурованим (містити всі визначені рубрики), інформативним (бути джерелом інформації про зміст та результати дослідження, не містити загальних фраз, опису загальновідомих фактів, літературних відступів та інш.), змістовним (із чітким викладенням матеріалу, де приводяться основні положення та результати роботи, фак-

тичні дані, висновки). В рефераті не припускається наявність таблиць, малюнків, діаграм, фотографій, абрєвіатур (окрім загальноприйнятих), скорочень.

Розширений реферат англійською мовою надається в редакцію з основною статтею окремим файлом. Назва файлу – прізвище першого автора та слово «Анотація» (наприклад, Іванов Анотація). Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі MICROSOFT WORD. Відступ абзацу - 1,25 см. Поля з усіх боків по 20 мм.

Статті з рефератами, що перекладені за допомогою комп'ютерного перекладача та мають некоректний переклад на англійську мову, друкуватися не будуть.

13. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення статей, що надіслані.

14. Направлення в редакцію робіт, що вже надруковані в інших виданнях або надіслані для публікації в інші редакції, не допускається.

15. Статті, що оформлені не відповідно вказаним правилам, не розглядаються. Рукописи, що не прийняті до друку у журналі, авторам не повертаються.

16. До матеріалу необхідно додати анкету автора, що містить: П.І.Б., дату народження, вчений ступінь та вчене звання, посаду та місце роботи, основні напрямки наукових досліджень, кількість наукових робіт, авторство монографій (назва, співавтори, видавництво, рік випуску).

17. Статті направляються за адресою: м. Донецьк, вул. Одинцова, 19. КЛПУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології ДонНМУ, редакція «Журнала психіатрії и медицинской психологии».

e-mail: psychea@mail.ru

dongournal@mail.ru

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

Редколегія журналу