

Крымский Государственный Медицинский Университет им. С.И.Георгиевского
Крымская Республиканская Ассоциация Психиатров, Психотерапевтов и Психологов

ТАВРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ

том 16, № 3 (60), 2012



**Acta Psychiatrica, Psychologica,
Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca**

Симферополь, 2012

КРЫМСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОЛОГОВ
КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им.С. И. ГЕОРГИЕВСКОГО

Главный редактор Вербенко В.А.
Зам.главного редактора Сойко В.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.А. Бабанин – ректор КГМУ;
О.А. Притуло – проректор по учебной работе КГМУ;
А.В. Кубышкин – проректор по научной работе КГМУ;
А.В. Ушаков – проректор по лечебной работе КГМУ;
И.Л. Кляритская – декан факультета
последипломного образования КГМУ.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.А.Абрамов (Украина), А.А.Бабанин (Украина),
В.С.Битенский (Украина), Е.Г.Гриневич (Украина),
А.А.Двирский (Украина), Н.Ф.Калина (Украина),
А.Е.Двирский (Украина), И.Я.Пинчук (Украина),
Н.А.Корнетов (Россия), Л.Л.Корсунская (Украина),
В.Н.Кузнецов (Украина), И.И.Кутько (Украина),
Г.М.Кушнир (Украина), Маркова М.В. (Украина),
В.А.Мельников (Украина), А.К.Напреенко (Украина),
В.Я.Пишель (Украина), А.В.Любарский (Украина),
В.П.Самохвалов (Украина), И.Д.Спирина (Украина),
О.С.Чабан (Украина), Г.Я.Пилягина (Украина),
А.О.Фильц (Украина), А.П.Чуприков (Украина),
Л.Н.Юрьева (Украина).

Рекомендовано к изданию постановлением
Ученого Совета Крымского государственного
медицинского университета им. С.И. Георгиевского
от 28.06. 2012 (протокол №17)).

ТАВРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
(ACTA PSYCHIATRICA, PSYCHOLOGICA,
PSYCHOTHERAPEUTICA ET ETHOLOGICA TAVRICA)

междисциплинарное научно-практическое
периодическое издание, посвященное актуальным
проблемам психиатрии, психотерапии,
нейрофизиологии, психологии и этологии человека
Основано в 1997 году. Выходит 1 раз в 3 месяца.

Издание аттестовано Высшей аттестационной комиссией
Украины с 1998года.

Лицензия Министерства Информации Украины
серия KB № 2556 от 14 апреля 1997 года

АДРЕС РЕДАКЦИИ

Украина, АР Крым, Симферополь, 95006, Р.Люксембург, 27
Телефон: (0652) 255-380; 276-318; 8-067-653-67-67
E-mail: soikovv@mail.ru

Сдано в набор 02.07.2012. Подписано в печать 04.07.2012.
Формат А4. Бумага офсетная. Гарнитура "BookmanOldStyle".
Усл. печ. л. 14,8. Тираж 500 экз. Заказ № 12704.

Отпечатано в ТКЦ "RICOH" г. Симферополь, пр.Кирова, 17
(0652) 248178, 711687 dip@diprint.com.ua

На обложке: фрагмент архитектурного комплекса Крымской
Республиканской Клинической Психиатрической больницы №1.
Архитектор Фрезе, 1863 год.

На титульной странице экспозиция Neues Museum (Staatliches
Museum für Kunst und Design in Nürnberg)

Полное или частичное тиражирование в любых средствах
массовой информации материалов, опубликованных
в этом издании, допускается только при письменном
разрешении редакции. Ответственность за содержание
рекламных материалов несет рекламодатель.

Правила подачи рукописей

1. Все рукописи направлять по адресу: 95006,
Украина, Крым, Симферополь, Р. Люксембург
27, Крымская Республиканская клиническая
психиатрическая больница №1, Редакция Журнала, и
по e-mail: soikovv@mail.ru

2. Принимаются оригинальные статьи по
проблемам клинической психиатрии, психотерапии,
психологии, психофизиологии, этологии объемом до
20 машинописных страниц (2 интервала, 26-27 строк), 2
экз. Статьи предоставляются на 3-дюймовых дискетах,
CD, DVD в Microsoft Word for Windows.

3. На 1 странице: а) название статьи, УДК, резюме
на русском языке; б) ФИО автора полностью; в)
название учреждения и его адрес; г) адрес для
переписки; д) резюме и ключевые слова, резюме не
более 100 слов на русском, украинском и английском
языках с переведенными названиями статей; е) краткие
сведения об авторе.

Не капитализируйте заголовки (например, Название
статьи, а не НАЗВАНИЕ СТАТЬИ)!

4. Статьи должны содержать следующие
обязательные элементы:

а) вступление – постановка проблемы в общем виде
и ее связь с важными научными или практическими
заданиями;

б) анализ последних исследований и публикаций,
в которых начато раскрытие данной проблемы и на
которые ссылается автор;

в) выделение нерешенных ранее частей общей
проблемы, которым посвящается данная статья;

г) формулирование целей статьи (постановка
задания);

д) изложение основного материала исследования
с полным обоснованием полученных научных
результатов;

е) выводы из данного исследования и перспективы
дальнейших исследований в данном направлении.

5. На последней странице одного экземпляра
рукописи ниже подписи автора(авторов) должна быть
виза руководителя.

6. Рукопись сопровождается официальным
направлением учреждения, в котором выполняется
работа.

7. Таблицы и рисунки должны располагаться на
отдельных страницах, а в тексте, в соответствующих
местах – ссылка на них (например: табл. 1, рис. 2).

8. Примечания к таблицам и рисункам приводятся
на отдельных листах. (Примечания к таблицам 1-5 или
Примечания к рисункам 1-8)

9. Ссылки в тексте на литературные источники
приводятся в квадратных скобках, а цитаты – с
указанием номера страницы. Фамилии авторов
приводятся на языке оригинала.

10. Список литературы приводится в порядке
цитирования.

11. Рецензирование носит открытый характер,
издатели настаивают на праве сокращать и
перерабатывать работы.

12. Рукописи и дополнительные материалы
хранятся в редакции не более 3 месяцев с момента
получения и возвращаются при оплате автором их
пересылки.

13. Затраты на публикацию статей частично
перекрываются за счет автора(авторов).

14. Справки и дополнительную информацию
о правилах подачи рукописей можно получить по
телефонам редакции или по e-mail.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

Клініка, діагностика та психотерапія непсихотичних психічних розладів у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози В.І. Очколяс	5
Эффективность мепантина гидрохлорида при резистентных обсессивно-компульсивных расстройствах, в монодиагнозе либо в составе других психоневрологических расстройств А.А. Олексеев	15
Застосування мепантину для лікування когнітивних та поведінкових розладів у пацієнтів із залежністю від психоактивних речовин І.В. Косенкова, І.В. Добровольська, К.П. Добровольська, П.М. Попандопуло, Мороз Ю.П.	18
The diagnostic role of carbonyl derivatives, as a marker of oxidative stress in schizophrenia and alcoholic psychiatric disorders V. A. Verbenko, A. L. Malev, A. N. Zakharova	20
Особенности клинических проявлений и терапии шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией В.А. Вербенко	26
Ноогенний невроз, як тригер аддиктивної поведінки К.В. Аймедов	32
Количественная характеристика проявления агрессии и враждебности у больных шизофренией О.Н. Голоденко, Г.Г. Путятин	39
Індивідуально-психологічні та клінічні особливості різних форм тривожних розладів Є.Г. Гриневич, А.М. Кожина, М.В. Маркова, В.С. Первий, В.В. Дворніков	40
Вегетативні порушення у структурі хронічного маревного розладу О.В. Хаджинов, В.В. Іванюк	49
Клініко-психологічні особливості фобічних розладів у підлітковому віці Н.Г. Пшук, А.В. Стукан, Н.П. Кирилук	53
Тревожные расстройства при болезни Паркинсона (клинико-психопатологический анализ) Д.Ю. Сайко	57
Фармакотерапія афективних порушень депресивного регістру у хворих на епілептичну хворобу з сексуальною дисфункцією А.М. Скрипніков, В.В. Шиндер, Г.Т. Сонник, А.В. Животовська	62
Реактивные психозы в отечественной классификации психических болезней С.С. Шум, А.А. Суховей, В.А. Сидоров	65
<u>ПСИХОТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ</u>	
Сердечно-сосудистые заболевания как детерминирующий фактор психоэмоциональных нарушений у студентов-инвалидов Б.В. Михайлов, Т.А. Алиева	71
Статеві відмінності у відношенні до хвороби у хворих на пневмокніоз Л.О. Васякіна	75
Особенности психотерапевтической співпраці зі хворими на алкоголізм та їх родинami А.Є. Волощук, Д.В. Возний, К.В. Рябухін	80
Принципи та система психотерапії хворих на психогенну гіперфагію Є.І. Гетманчук	84
Арт-терапия как патогенетический метод психокоррекции эмоциональной дезадаптации у студентов учебных заведений в условиях реформирования высшего образования Л.Н. Гуменюк, В.А. Строевский	89

Психотерапия психоза шизофренического спектра (клинический случай) Ю.Н. Завалко, Я.С. Варшавский, А.Ю. Куликович	95
Семейная дезадаптация в аспекте функционирования семейной системы и удовлетворенности супружескими отношениями В.А. Курило	103
Самостигматизация у больных параноидной шизофренией и подходы к их психосоциальной реабилитации В.А. Ломтева	108
Взаємозв'язок емоцій та аутоагресії С.Г. Полшкова	115
Анализ клинико-психологических, индивидуально-психологических, психосоциальных и социальных особенностей дезадаптации у больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования В.А. Рослякова	120
Особливості порушення психічної сфери у хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту на лікуванні в санаторно-курортних умовах А.А. Спасібухов	125
Стрес та імунітет: психосоматичний підхід до взаємодії О.О. Хаустова	129
Формирование психологической дезадаптации у руководящего состава учреждений здравоохранения И.М. Шурма	134
Нарушения психической сферы и их психотерапевтическая коррекция у больных с ИБС М.Б. Федак	137
<u>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</u>	
Психосоматические взаимоотношения при соматоформных вегетативных дисфункциях И.В. Ганзин, В.В. Ганзина	140
Коморбидность заболеваний полости рта с расстройствами аффективного спектра А.Х. Дурягина	144
О роли биогенетического закона и схемы подобия в биологии, эволюционной психиатрии, генетике (эволюционно-биологическая психиатрия) М.Ю. Кичанов	148
Вплив життєстійкості та алекситимії у пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату на прихильність до терапії та ефективність реабілітації К.І. Москаленко	178
Особенности пищевого поведения и личностно-эмоциональной сферы у женщин с сахарным диабетом II-типа Т.В. Солтыс	186
Влияние эфирного масла иланг-иланга и психорелаксирующей программы на психофизиологическое состояние человека В.В. Тонковцева, А.М. Ярош, М.В. Дихтярук, В.В. Сойко, А.В. Любарский	188
«Гормоно-сексология»: эволюция эндокринологического (органотерапевтического) подхода в сексологии В.В. Чугунов, Б.В. Михайлов, Ю.И. Заседа	190
<u>РАСШЕПНУТЫЙ СТОП</u>	
Заключение врача: «Пациент здоров»?	196
Один день из жизни капитана К*** В.О. Субботин, в.В. Сойко	206
Никому не нужны музыкальные рецензии О. Чабан	208

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ПСИХОТЕРАПІЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.І. Очколяс

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, непсихотичні психічні розлади, тривога, депресія, реакція на хворобу, якість життя, психотерапія.

Актуальність теми. Літературні дані (D. Lytton, 1993; M.J. Barry, S. Beckley et. al., 1997; Т.С. Перепанова, В.А. Максимов, О.М. Давидова, П.А. Хазан, 2006) свідчать, що доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) зустрічається в 10–20 % випадків у чоловіків 40-річного віку та в 90 % випадків у чоловіків 60–70 років і старше. Приріст числа чоловіків з даним діагнозом перш за все пов'язаний зі старінням населення, що призводить до збільшення чисельності в популяції даної категорії (А.Ф. Возіанов, С.П. Пасічників, 1998; B. Djavan, 2005; Н.О. Сайдакова, А.М. Старцева, 2008). Соціальну значимість і актуальність цієї проблеми підкреслюють демографічні дослідження, які свідчать про значне зростання населення планети у віці старше 60 років, темпи якого істотно випереджають його в цілому (І.В. Лук'янов, 2004; Ю.Г. Аляєв зі співавт., 2005; А.А. Камалов зі співавт., 2006, 2007).

У доступній нам літературі ми зустріли лише кілька дисертаційних робіт, які були присвячені даній проблемі (Т.С. Захарушкіна, 2001; І.Е. Данілін, 2003). Так, Т.С. Захарушкіна (2001), досліджуючи психічний стан хворих з ДГПЗ, у 65 % обстежених виявила межові психічні розлади астеничного, астено-депресивного, тривожно-депресивного, іпохондричного, істеричного та обсесивно-фобічного синдромів. Автор вважає, що ДГПЗ у поєднанні з межовими психічними розладами призводить до дисбалансу з соціально-психологічним середовищем та соціальної дезадаптацією.

У роботі І.Е. Даніліна (2003) вказується, що у формуванні непсихотичних психічних розладів при ДГПЗ задіяний комплекс тісно пов'язаних між собою соматогенних і психогенних факторів. Психогенний фактор, обумовлений власне ДГПЗ, є основою для розвитку більшості депресивних, тривожних, обсесивно-фобічних і дисфоричних розладів, а соматогенний компонент привносить в картину хвороби астеничну симптоматику, яка «забарвлює» всі інші, більш складні, психопатологічні феномени.

При цьому практичний досвід свідчить, що незважаючи на виражений дезадаптувальний характер психічних розладів, більшість пацієнтів не отримують психотерапевтичної допомоги або лікуються неефективно (J. A. Talbott, J. C. Ballenger, 1997; Р.Г. Акжігітов, 2001). В зв'язку з цим своєчасна діагностика і адекватна терапія таких станів в останні роки набули особливого значення, що в багатьох випадках стає вирішальною умовою успішної спеціалізованої медичної допомоги.

Водночас, той факт, що ДГПЗ найбільш часто зустрічається в осіб похилого віку, а тривалість перебування хворих даної вікової категорії, при поєднанні соматичного захворювання з депресією, в стаціонарі загального типу, більш висока, ніж у пацієнтів з аналогічною патологією, але без афективних розладів (G. Harold, M. D. Koenig, 1999), цілком обумовлює соціально-економічну значимість проблеми вивчення співвідношення психічних розладів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози, її вплив на якість життя та соціальну адаптацію хворих.

Вивчення поширеності та клінічної структури непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих з ДГПЗ, уточнення ролі вікових, соціально-середовищних і преморбідно-особистісних чинників у їх формуванні, динаміці та вплив на соціально-психологічну адаптацію та якість життя, дозволять своєчасно надавати ефективну психотерапевтичну допомогу, а також підвищити рівень соціальної адаптації пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконана відповідно до плану НДР Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової

психіатрії та наркології і Міжвідомчої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. (Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.02 № 14), наказу МОЗ України від 31.03.2010 р. № 283 «Про затвердження заходів щодо поліпшення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010–2012 рр.», а також відповідно до міжнародних зобов'язань України: Гельсінської Декларації, Європейського плану дій в галузі психічного здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 2005), Меранської декларації, прийнятої на конференції національних координаторів «Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ» (Мерано, Італія, 2008).

Мета дослідження – на основі вивчення клініко-динамічних характеристик неспсихотичних психічних розладів при ДГПЗ, розробити диференційовані алгоритми психотерапевтичної допомоги хворим, спрямовані на підвищення якості їх життя та рівня соціальної адаптації.

Задачі дослідження:

1. Вивчити неспсихотичні психічні розлади у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози за літературними даними.
2. Розробити уніфіковану карту, що включає роль індивідуально-особистісних, соціально-середовищних та соматогенних чинників у генезі й динаміці неспсихотичних психічних розладів при ДГПЗ.
3. Вивчити поширеність і верифікувати клінічну картину неспсихотичних психічних розладів у хворих з ДГПЗ.
4. Вивчити вплив ДГПЗ на психологічний статус хворих, внутрішню картину хвороби і якість життя.
5. Розробити диференційовані алгоритми надання психотерапевтичної допомоги хворим з різним ступенем тяжкості ДГПЗ.

Об'єкт дослідження – психічні розлади неспсихотичного регістру у хворих з ДГПЗ.

Предмет дослідження: закономірності формування клінічної структури психічних розладів неспсихотичного регістру у хворих з ДГПЗ.

Методи дослідження: системний інформаційно-теоретичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психо-діагностичний, катамнестичний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше в Україні на клінічно репрезентативному матеріалі вивчена поширеність і клінічна характеристика неспсихотичних психічних розладів у чоловіків похилого віку, хворих ДГПЗ, уточнено клінічні критерії діагностики, верифіковано вплив ДГПЗ на психологічний статус хворих, внутрішню картину хвороби і якість життя в залежності від клінічного ступеня тяжкості симптоматики даного захворювання.

Практична значущість отриманих результатів. На основі клінічного дослідження автором вперше розроблені діагностичні критерії, які дозволяють своєчасно виявляти розлади психічного функціонування у хворих з ДГПЗ і надавати їм психотерапевтичну допомогу. Вперше розроблено та впроваджено диференційовані алгоритми надання психотерапевтичної допомоги в залежності від клінічної тяжкості ДГПЗ та індивідуально-психологічних особливостей обстежуваних пацієнтів, які дозволять лікарям урологам своєчасно виявляти пацієнтів, які потребують консультації лікаря психіатра (психотерапевта), а лікарям психіатрам (психотерапевтам) – ефективно надавати їм психотерапевтичну допомогу.

Відповідно до мети дослідження, нами були обстежені 138 осіб: 71 пацієнт з ДГПЗ, які отримують консервативну терапію, і 67 пацієнтів на етапі підготовки до оперативного лікування. З них для подальшого дослідження було відібрано 120 хворих з неспсихотичними психічними розладами: 60 пацієнтів, які отримують консервативну терапію (перша група) і 60 – підлягають оперативному лікуванню (друга група). Пацієнти обох груп були розділені на 2 підгрупи: отримують психотерапію (основна група) і підгрупу порівняння (без психотерапії), по 30 осіб у кожній підгрупі.

Критеріями відбору були: достовірно встановлений діагноз ДГПЗ, відсутність в анамнезі алкоголізму і перенесених черепно-мозкових травм, наявність неспсихотичних психічних розладів. В процесі відбору для дослідження в 1 групі НПР виявлялися у 84,5% випадках, а в 2-й – у 89,5% хворих.

Перед включенням у дослідження автором було отримано інформаційну згоду від хворих на їх участь в обстеженні.

Відповідно до завдань дисертаційної роботи нами розроблена уніфікована карта, що включає соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний та статистичний блоки.

Обстежені хворі були у віці від 53 до 74 ($65,9 \pm 0,4$) років. При цьому хворі другої групи були більш старші за віком, ніж у першій – відповідно $69 \pm 0,6$ і $65 \pm 0,6$ років ($t > 4,7$ $p < 0,01$).

Більша частина хворих – 82 (68,3%) людини були пенсійного віку: 39 (65%) випадків в першій і 43 (71,7%) – у другій групі. У першій групі всі хворі проживали в місті, а в другій цей показник склав 70%, тобто 42 людини, тоді як інші 18 (30%) пацієнтів були мешканцями сільських районів.

При цьому більшість пацієнтів першої групи мали середню і середню спеціальну освіту: 26 (43,3%) і 27 (45%) осіб, відповідно, а 7 (11,7%) хворих були з вищою освітою. У другій групі ($\chi^2 = 6,882$ $p = 0,009$) з вищою освітою було 20 (33,3%) осіб, 12 (20%) – мали освіту менше 8 класів, середню спеціальну – 3 (5%) пацієнта, а інші – 25 (41,7%) – середню.

За сімейним станом пацієнти на період дослідження розподілилися приблизно однаково: одружених в першій і другій групах було 37 (61,7%) і 35 (58,3%) чоловік, відповідно.

Водночас у більшості пацієнтів першої і другої групи взаємини в сім'ях характеризувалися, як доброзичливі: 39 (65%) і 46 (76,7%) випадках відповідно. На епізодичні конфлікти, які не порушують єдність сім'ї, посилялися хворі у 21 (35%) випадку в першій і в 14 (23,3%) – у другій групах.

Методи обстеження та їх результати. Дослідження проводилося в три етапи. Перший етап (діагностичний) – полягав в аналізі та оцінці соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних характеристик обстежених.

Психодіагностичне обстеження хворих проводилось за допомогою: шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.А. Ханіна (1976), опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека (1970), теста САН (1973), шкали У. Зунге, адаптованої Т.І. Балашової (1976), методики психо-логічної діагностики типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ), розробленої Л.І. Вассерманом зі співавторами (1987–2005).

Для сумарної оцінки симптомів хвороби простати (в балах) використовувалася міжнародна шкала – IPSS (International Prostate Symptom Score), яка в якості додаткової шкали містить визначення індексу якості життя (QOL).

Другий етап полягав у розробці та реалізації диференційованої програми психотерапії в структурі комплексного лікування хворих ДГПЗ для консервативного і оперативного лікування.

На третьому етапі вивчали ефективність розроблених нами алгоритмів психотерапії. З цією метою проводилось катамнестичне обстеження хворих через 1 місяць та через 6 місяців після виписки зі стаціонару.

Отримані в результаті дослідження показники були зведені в єдину базу даних для статистичного аналізу (описова статистика, критерій Стьюдента t , критерій χ^2 для таблиць спряженості 2×2 , кореляційний аналіз [коефіцієнт рангової кореляції Спірмена]) за допомогою пакета прикладних статистичних програм Statistica 6.0.

Результати психодіагностичного дослідження хворих з ДГПЗ першої та другої групи представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Результати психодіагностичного дослідження хворих з ДГПЗ першої та другої групи

Метод психодіагностичного дослідження		I група		II група		t>	p<
		M	m	M	m		
САН	самопочуття	3,9	0,03	3,0	0,09	10	0,0001
	активність	3,9	0,03	3,0	0,08	11,2	0,0001
	настрій	3,9	0,03	3,0	0,1	9	0,0001
Ч.Д. Спілбергера-Ю.А. Ханіна	особист. трив.	32,8	0,9	38,7	0,9	4,5	0,0001
	ситуат. трив.	40,3	0,6	48,5	0,8	8,2	0,0001
Шкала У. Зунге	депресія	51,4	0,6	62,3	1,2	8,1	0,0001
IPSS		17,5	0,09	31,1	0,4	33,2	0,0001
QOL		3,8	0,09	5,2	0,1	10,8	0,0001

Як видно з табл. 1, отримані результати за допомогою опитувальника САН свідчать, що пацієнти першої і другої групи загалом оцінювали свій стан як несприятливий (показники нижчі за середньо статистичні). Отримані показники відображали їх незадоволеність активністю, здоров'ям (самопочуттям), а також емоційним станом (настроєм). Не зважаючи на те, що показники функціонального психоемоційного стану пацієнтів першої і другої групи були приблизно на одному рівні, проте вони статистично достовірно ($p < 0,0001$) нижчі, ніж у другій групі.

За допомогою тесту Ч.Д. Спілбергера – Ю.А. Ханіна було визначено, що пацієнти першої і другої групи відрізнялися помірною особистісною тривожністю: $32,8 \pm 0,9$ бала і $38,7 \pm 0,9$ бала, відповідно (відмінності статистично достовірні). В той же час показники ситуативної (реактивної) тривожності (як стану, обумовленого переживаннями, пов'язаними із захворюванням ДГПЗ) у пацієнтів першої групи були помірними ($40,3 \pm 0,6$ бала), а в другій – ($p < 0,0001$) – носили більш виражений характер ($48,5 \pm 0,8$ бала), хоча й не досягали високого рівня.

Психодіагностичне дослідження за допомогою шкали депресії У. Зунге дозволило виявити у хворих першої групи легку депресію (ситуативного або невротичного генезу) – $51,4 \pm 0,6$ бала, тоді як у пацієнтів другої групи ступінь виразності депресії була значно вищою ($p < 0,0001$) і характеризувалася наявністю субдепресивного стану ($62,3 \pm 1, 2$ бала).

Середній бал по Міжнародній системі сумарної оцінки симптомів та якості життя хворих при захворюваннях передміхурової залози (IPSS) пацієнтів першої групи склав $17,5 \pm 0,09$ бала, що свідчить про помірно виражену симптоматику. При цьому пацієнти першої групи, враховуючи наявність захворювання на ДГПЗ, оцінювали свою якість життя, загалом як незадовільну ($3,8 \pm 0,09$ бала). Пацієнти другої групи виявляли у себе більш виражену симптоматику ($t > 33,2$ $p < 0,0001$) ДГПЗ ($31,1 \pm 0,4$ бала), а якість життя, пов'язуючи з хворою, оцінювали ($t > 10,8$ $p < 0,0001$), як погане ($5,2 \pm 0,1$ бала).

Результати кореляційного аналізу по ряду параметрів: рівень депресії, ситуативної та особистісної тривожності, самопочуття, активності, настрою з показниками IPSS і QOL представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу психодіагностичних показників хворих ДГПЗ 1 та 2 груп

№ п/п	Кореляційні пари		r	p<
1	IPSS	QOL	- 0,63	0,000001
2	IPSS	Депресія	0,6	0,000001
3	IPSS	Особистісна тривожність	0,34	0,00013
4	IPSS	Ситуативна тривога	0,52	0,000001
5	IPSS	Самопочуття	- 0,56	0,000001
6	IPSS	Настрій	- 0,5	0,000001
7	QOL	Депресія	-0,45	0,000001
8	QOL	Особистісна тривожність	-0,32	0,00042
9	QOL	Ситуативна тривога	-0,5	0,000001
10	QOL	Самопочуття	0,47	0,000001
11	QOL	Настрій	0,43	0,000001

Як видно з табл. 2, якість життя пацієнтів (QOL) знаходиться в зворотній кореляційній залежності від ступеня виразності симптомів ДГПЗ. У свою чергу глибина симптомів ДГПЗ (показники за шкалою IPSS) має пряму кореляційну залежність зі ступенем виразності депресії, особистісної та ситуативної тривожності, і у зворотній – із самопочуттям і настроєм пацієнтів. Також виявлена кореляційна залежність якості життя з депресією, особистісною та ситуативною тривожністю і пряма – з самопочуттям і настроєм, що свідчить про певну залежність афективних розладів від погіршення якості життя хворих з ДГПЗ.

Результати психодіагностичного обстеження хворих за допомогою тесту К. Леонгарда – Г. Шмішека свідчать, що більш ніж у половині випадків в першій і другій групах 51,7% і 66,7%, відповідно, діагностувався тривожний тип акцентуації характеру: у 31 хворого першої групи, та у 40 – другої, який багато в чому і визначав тривожний тип реагування хворих на захворювання ДГПЗ. При цьому прояви загальної тривоги, обумовленої захворюванням на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, доповнювалися проявами дистимії, циклотимії, а також ригідності, що обумовлювало наявність змішаних з тривожним типів акцентуацій. На другому місці було визначено демонстративний тип акцентуації:

у 11 хворих першої групи та у 6 – другої, що склало 18,3% і 10% відповідно. Це обумовлювало конверсійні і психопатоподібні розлади в структурі психогенних реакцій. Істотно рідше зустрічалися циклотимічний (в 6 і 4 випадках, відповідно), дистимічний (в 2 та 5 випадках, відповідно), ригідний (в 3 та 5 випадках, відповідно). Водночас гіпертимічний, збудливий, та афективно-екзальтований типи акцентуацій характеру, що додають своєрідного забарвлення адаптаційним реакціям і потребують врахування при проведенні психотерапевтичних сеансів, були виявлені лише у хворих першої групи (в 2, 3 та 2 випадках, відповідно). Паранойяльний та емотивний типи акцентуацій не були виявлені у хворих жодної з груп.

Психодіагностичне дослідження типів реагування на хворобу, зокрема, ДГПЗ, за допомогою тесту ТОБОЛ, дозволило визначити, що у 12 хворих (20% випадків) першої групи і 21 пацієнта (35%) був виявлений тривожний тип реагування на захворювання. У 9 пацієнтів (15%) першої і 11 (18,3%) другої групи було діагностовано змішаний тип реагування на хворобу – тривожно-неврастенічний. Тривожно-сенситивний тип виявлений у 9 (15%) пацієнтів першої групи, тоді як у пацієнтів другої групи він відзначався в 13,3% випадків (8 пацієнтів). Поєднання тривожного і паранойяльного типів реагування на хворобу доброякісною гіперплазією передміхурової залози відзначалося у 6 пацієнтів першої групи, що склало 10% від загальної кількості обстежених хворих, а у пацієнтів другої групи даний тип був виявлений тільки в 2 випадках (3,3%). Тривожно-меланхолійний і тривожно-іпохондричні типи ставлення до хвороби діагностовано тільки у пацієнтів першої групи. Тривожно-меланхолійний у 1 пацієнта (1,7% випадків) і тривожно-іпохондричний – у 3 (5%) пацієнтів. У 20% (12 пацієнтів) першої групи і в 6,7% (4 пацієнтів) випадках другої був виявлений егоцентричний тип ставлення до хвороби. У 4 пацієнтів першої і другої групи (по 6,7%) діагностовано ергопатичний тип ставлення до хвороби. Анозогностичний тип виявлений у 1 пацієнта (1,7%) першої групи та у 3 (5%) пацієнтів другої. У 1,7% випадків (1 пацієнт) першої групи і в 3,3% (2 пацієнта) діагностовано меланхолійний тип ставлення до хвороби. Дисфоричний тип виявлений тільки у 2 пацієнтів (3,3%) першої групи. У той же час апатичний і паранойяльний типи були виявлені тільки у пацієнтів другої групи: у 2 (3,3%) пацієнтів і у 3 (5%) пацієнтів відповідно. Таким чином, порівняльний аналіз даних, отриманих нами при вивченні ставлення до хвороби пацієнтів першої і другої групи, показав, що достовірно частіше зустрічалися тривожний тип і його поєднання з іншими типами. Дана обставина пояснюється тим, що психологічний профіль хворих ДГПЗ характеризується високими показниками особистісної та ситуативної тривожності, а також депресії з фіксацією на захворюванні і оцінкою свого стану як несприятливого, що в поєднанні з високою питомою вагою тривожно-недовірливого радикала в преморбідно-особистісній структурі обумовлює домінуючий (66,7%) тривожний тип ставлення до хвороби.

Таким чином, як було виявлено в результаті проведеного психодіагностичного дослідження особливості психологічного статусу та особистісного реагування на захворювання на доброякісну гіперплазію передміхурової залози підтверджують необхідність комплексного системного та диференційованого підходу до побудови системи надання їм психотерапевтичної допомоги.

Клініко-психопатологічний аналіз дозволив виявити непсихотичні психічні розлади у обстежуваних хворих з ДГПЗ, клінічна структура яких наводиться в табл. 3.

Таблиця 3

Клінічна структура непсихотичних психічних розладів у хворих з ДГПЗ

№ п/п	Типи психогенних реакцій	1 група		2 група		Всього	
		К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
1	Пролонгована тривожна реакція	14	23,3	19	31,7	33	27,5
2	Пролонгована тривожно – депресивна реакція	11	18,3	17	28,3	28	23,3
3	Пролонгована тривожно – фобічна реакція	10	16,7	10	16,7	20	16,7
4	Пролонгована тривожно – субдепресивна реакція з поліморфним психопатоподібним синдромом	8	13,3	-	-	8	6,7
5	Пролонгована тривожна реакція з конверсійними симптомами	7	11,7	-	-	7	5,8
6	Пролонгована апатична депресивна реакція	5	8,3	9	15	14	11,7
7	Пролонгована іпохондрична реакція	5	8,3	5	8,3	10	8,3
ВСЬОГО		60	100	60	100	120	100

Як видно з табл. 3, найбільш представленими в обох групах були пролонговані тривожні і тривожно-депресивні реакції, які зустрічалися в 23,3% і 18,3% випадках в першій групі та 27,5% і 23,3% – в другій, відповідно. Апатична депресивна і іпохондрична реакції зустрічалися однаково часто у 8,3% випадків в першій групі, і в 15,0% і 8,3% випадків, відповідно, у другій групі. При цьому тривожно-фобічна реакція була у пацієнтів обох груп однаково часто – у 16,7% випадках. Тоді як пролонгована тривожно-субдепресивна реакція з поліморфним психопатоподібним синдромом і пролонгована тривожна реакція з конверсійними симптомами зустрічалися тільки в першій групі: в 13,3% і 11,7% випадках.

Клінічна картина пролонгованої тривожної реакції в обох групах на початкових етапах була однаковою і протікала на тлі астеничних розладів в рамках церебро-васкулярних захворювань (ЦВЗ), які були, по суті, облігатним симптомом при всіх реакціях і проявлялися зниженням працездатності, підвищеною втомлюваністю, загальною слабкістю. У переживаннях хворих переважали тривожні побоювання за стан свого здоров'я і майбутнє. Простежувалася чітка залежність ступеня виразності скарг і тривоги від пережитого хворим порушення сечовипускання. Характерним було перебільшення тяжкості усіх хворобливих переживань з почуттям жалю до себе, підвищеної слізливості, песимістичним ставленням до свого майбутнього. Хворі другої групи важко переносили медичні маніпуляції, бурхливо реагували на біль, побоювалися майбутньої операції.

Пацієнти першої і другої групи при пролонгованій тривожній реакції оцінювали свій стан (за результатами опитувальника САН), як несприятливий (показники менше за середньо статистичні – 4 бали), що цілком відображало незадоволення хворих рухливістю, швидкістю і темпом протікання функцій (активністю); силою, здоров'ям, існуючою втомлюваністю (тобто самопочуттям), а також своїм емоційним станом. При цьому пацієнти характеризувалися помірною особистісною тривожністю (34,1–38,7 бала). Рівень ситуативної тривожності ($t > 2,1$ $p < 0,05$) у першій групі був помірним ($39,5 \pm 1,3$ бала), а в другій – високим ($49 \pm 1,1$ бали). У другій групі також виявлено більш високі ($t > 4,3$ $p < 0,01$) показники депресії: $61,5 \pm 2,2$ і $50,3 \pm 1,4$ бала, відповідно, що пояснюється стресовою тривогою і побоюваннями несприятливого результату оперативного втручання. Середній бал за Міжнародною системою симптомів та якості життя хворих з ДГПЗ (IPSS) в першій групі склав $17,6 \pm 0,2$ бала, що свідчить про помірно виражену симптоматику. В другій хворі відмічали більш виражену симптоматику ($t > 13,5$ $p < 0,001$), про що свідчать отримані сумарні оцінки ($29,8 \pm 0,9$ бали).

Пролонгована тривожно-депресивна реакція характеризувалася зниженням настрою і тривогою, які й визначали мислення і поведінку хворих. Простежувалося деяке уповільнення мислення з тривожними роздумами про майбутнє, зниженням інтересу до звичних занять. Сомато-вегетативні функції характеризувалися погіршенням апетиту, дисомнічними розладами (ранні прокидання, часті пробудження вночі, сонливість у денний час). Початок появи тривожно-депресивних порушень у першій групі був чітко пов'язаний зі встановленням діагнозу ДГПЗ і пропозицією консервативного лікування. У другій групі тривожно-депресивна симптоматика була більш виражена, що пов'язано з тривалим періодом обстеження, побоюваннями перед оперативним втручанням. За результатами опитувальника САН пацієнти оцінювали свій стан як несприятливий, причому показники в другій групі по всьому спектру: самопочуття-активність-настрій статистично достовірно нижчі ($p < 0,0001$), ніж у першій. Аналогічно у другій групі більш високі ($p < 0,0001$) показники ситуативної тривоги ($46,9 \pm 1,6$ бали) і депресії ($60,8 \pm 2,8$ бали). За Міжнародною системою симптомів та якості життя хворих з ДГПЗ (IPSS) середній бал в першій групі склав $17,3 \pm 0,2$ (помірно виражена симптоматика), а в другій – $32 \pm 0,7$ бал, що свідчить про більш виражену симптоматику. В обох групах пацієнти були незадоволені якістю свого життя, обумовленого захворюванням на ДГПЖ: в першій групі вони оцінювали якість життя в $4,2 \pm 0,2$ бали, посиляючись на небажання миритися з хворобою, а у другій групі при даній реакції – пацієнти вважали, що їх якість життя значно гірша $5,1 \pm 0,2$ бала ($t > 3,2$ $p < 0,01$).

Тривожно-фобічні реакції виникали у пацієнтів з тривожно-недовірливими особистісними характеристиками. В емоційній сфері перші прояви тривожно-фобічного реагування виникали на діагностичному етапі при очікуванні встановлення діагнозу. Порушувалася сон, виникали канцерофобії. При посиленні тривоги і роздумах про можливе ракове захворювання у хворих з'являлося серцебиття, пітливість, похолодання кінцівок. Пацієнти фіксувалися на своїх переживаннях, переставали займатися домашніми справами, занурювалися в переживання хвороби. Загострювалися симптоми ЦВЗ – з'являлася підвищена слізливість, сентиментальність. Хворі з цією реакцією також оцінювали свій стан (за результатами показників по тесту САН), як несприятливий. При цьому показники пацієнтів другої групи значно нижче таких у першій групі, що свідчить про актуальність проблем, пов'язаних

захворюванням на ДГПЗ. Рівень ситуативної тривожності ($t > 3,7$ $p < 0,01$) в першій групі помірний ($41,1 \pm 1,5$ бала), а в другій – високий ($50,2 \pm 1,9$ бала). Ситуативна тривожність у даних пацієнтів характеризувалася підвищеною напругою, нервозністю, обумовленими переживаннями, пов'язаними з існуючою хворобою. Також у пацієнтів другої групи було виявлено більш виражений ($p < 0,001$) рівень депресії ($64,6 \pm 2,5$ бала). Більш виражену симптоматику (за IPSS) виявляли пацієнти другої групи ($32,2 \pm 0,7$ бала), оцінюючи якість свого життя, як низьке, в $5,2 \pm 0,2$ бала ($t > 4,2$ $p < 0,01$).

При пролонгованій тривожно-субдепресивній реакції з поліморфними психопатоподібними розладами в клінічній картині на перший план виступали тривожність і пригніченість з відчуттям внутрішнього неспокою, які поєднувалися зі спалахами дратівливості або демонстративними вимогами підвищеної уваги до себе. Хворі висловлювали образи, були прискіпливими, підозрілими, злопам'ятними, з тривогою побоювалися за власне здоров'я, майбутнє. Дана реакція зустрічалася лише у пацієнтів першої групи. При цьому вони оцінювали свій стан як несприятливий, акцентуючи увагу на незадоволеності самопочуттям, активністю і настроєм. Показники реактивної тривожності (як стану), обумовленого переживаннями, пов'язаними з захворюванням ДГПЗ були помірними ($40,4 \pm 1,7$) і коливалися від 30 до 44 балів. При даній реакції у хворих виявлялася легка депресія (ситуативного ґенезу) $50,3 \pm 2,1$ бала). При помірно вираженій симптоматичності (за IPSS) ($17,4 \pm 0,3$ бала), хворі оцінювали якість життя, посилаючись на змішані почуття ($3,3 \pm 0,2$ бала) з цього приводу, однак виказуючи не бажання миритися з хворобою і пов'язаною з нею проблемами.

Як і пролонгована тривожно-субдепресивна реакція з поліморфними психопатоподібними розладами, так і пролонгована тривожна реакція з конверсійними симптомами зустрічалася лише у пацієнтів першої групи. Дана реакція характеризувалася внутрішньою напругою, тривогою за свій стан і «втрату чоловічих якостей». При сімейних конфліктах пацієнти скаржилися, що «вони хворіють, а на них ніхто з рідних не звертає увагу». У пацієнтів німіли кінцівки, ставав сиплим голос, губилася чутливість «по типу шкарпеток». Всі думки були спрямовані на захворювання, вони багато разів консультувалися у різних фахівців, турбувалися, що захворювання прогресує. Відзначалися характерні дисомнічні розлади. Емоційний компонент представлений побоюваннями за своє здоров'я і за майбутнє. Виявлено також незначні виражені вольові порушення – деяка соціальна пасивність, зниження кола інтересів, обмеження контактів. За результатами опитувальника САН хворі при даній реакції оцінювали свій стан (самопочуття – активність – настрої), як відносно сприятливий. Показники, як особистісної тривожності, так і реактивної були помірними та склали $32,6 \pm 2,8$ бала і $38,1 \pm 1,8$ бала, відповідно, хоча й більшість пацієнтів з даною реакцією характеризувалися здатністю до витіснення і удавання, бажанням викликати співчуття (істеричні (демонстративні) особистості. За даними тесту У. Зунге була виявлена легка депресія ($54,3 \pm 1,7$ бала) ситуативного ґенезу. За шкалою IPSS визначалася помірно виражена симптоматика ($17,7 \pm 0,3$ бала), а якість свого життя хворі оцінювали, посилаючись на змішані почуття ($3,1 \pm 0,1$), пов'язані з хворобою ДГПЗ.

Пролонгована апатична депресивна реакція визначалася дефіцитом спонукань з падінням життєвого тону. Переважало почуття відчуженості від колишніх бажань, переживання байдужості, відсутність ініціативи, прагнення діяти. Усі їхні вчинки були як би позбавлені внутрішнього змісту, відбувалися в силу необхідності. При поглибленні депресії на перший план висувалося відчуття внутрішнього дискомфорту, похмура пригніченість, пов'язані з усвідомленням змін, що відбулися у житті, а також із захворюванням ДГПЗ. За опитувальником САН пацієнти обох груп оцінювали свій стан як несприятливий, при цьому показники у другій групі ($p < 0,01$) були більш несприятливі. В обох групах визначалася помірна особистісна тривожність, а в другій групі ситуативна тривожність була більш високою, ніж у першій ($p < 0,05$), відповідно $41,6 \pm 1,4$ та $48,6 \pm 2,2$ бала. Шкала У. Зунге виявила легку депресію в першій групі ($51,5 \pm 2,0$ бала) і субдепресивний стан ($p < 0,01$) у другій ($64,3 \pm 3,1$ бала). Середній бал за шкалою IPSS свідчить про помірно виражену симптоматику ($17,4 \pm 0,4$ бала) в першій групі та виражену – у другій ($30,9 \pm 1,1$ бала). Тоді як якість свого життя хворі першої групи оцінювали, як незадовільне ($4,2 \pm 0,4$), а другої, як погане ($5,4 \pm 0,2$ бала). При цьому різниця статистично достовірна ($t > 11,5$ $p < 0,001$) и ($t > 2,7$ $p < 0,05$).

Пролонгована іпохондрична реакція виявлялася перебільшеними побоюваннями за стан свого здоров'я на тлі підвищеної тривожності, страху за наслідки, спробами аналізу причин виникнення захворювання. Пацієнти цікавилися літературою про своє захворювання, в результаті чого з'являлася іпохондрична деталізація мислення, що виявляється в міркуваннях про причини захворювання, окремих симптомах, переоцінці симптомів розладів сечовипускання. У хворих порушувався сон, періодами були неприємні сновидіння,

пов'язані з інтерпретацією можливих наслідків захворювання. Пацієнти обмежували контакти з оточуючими, деякі з них ретельно регламентували свій порядок денний, режим харчування, суворо стежили за часом сечовипускання і кількістю сечі. За тесту САН хворі обох груп оцінювали свій стан як несприятливий, причому показники другої групи були більш низькими ($p < 0,0001$). Особистісна тривожність в обох групах була помірною, а рівень ситуативної тривожності в другій групі оцінювався як високий – $48,6 \pm 2,8$ бала ($t > 2$ $p < 0,05$). У пацієнтів першої групи за шкалою У. Зунге визначена легка депресія ситуативного характеру ($53,2 \pm 2,2$ бала), а в другій ($t > 4,1$ $p < 0,0001$) – субдепресивний стан ($62,2 \pm 3,6$ бала). Водночас середній бал за шкалою IPSS свідчить про помірно виражену симптоматику ($17,6 \pm 0,3$ бала) в першій групі та виражену – у другій ($31,4 \pm 1,8$ бала). При цьому якість свого життя хворі першої групи оцінювали, як незадовільне ($4,2 \pm 0,4$), а другої, як погане ($5,4 \pm 0,4$ бала).

Відповідно до задач на другому етапі дослідження проводилася розробка і впровадження психотерапевтичної програми, яка ґрунтувалася на сучасних психотехнологіях нейролінгвістичного програмування, еріксонівського гіпнозу, гештальттерапії і складалася з трьох частин: вступної, терапевтичної та навчання навичкам саморегуляції.

Вступна частина включала роз'яснювальну психотерапію, а її завданням було встановлення ефективного терапевтичного контакту з пацієнтом і мотивація його на психотерапію, а також оволодіння методами саморегуляції. Тривалість першої частини складала 1–2 сеанси.

Друга частина – власне психотерапія, мала завданням усунення хворобливих симптомів. Для цього проводилася корекція емоційної реакції на факт діагностики ДГПЗ, посилення лікувально-оздоровчого режиму, дезактуалізації психогенії, формування позитивної життєвої установки, активізації ресурсів пацієнта. В зв'язку з чим застосовувалися відомі техніки нейролінгвістичного програмування («колапс якорів», «генерування ресурсів», «лінія часу», «зміна особистої історії» і метод «тримісний дисоціації»), еріксонівський гіпноз, техніки гештальттерапії були спрямовані на редукцію емоційної напруги (перетворення почуттів в образи з подальшим від-реагуванням неприємних емоцій, «два стільці»).

Третя частина – навчання навичкам саморегуляції. Пацієнти навчалися методам АТ з урахуванням інтелекту і ведучою модальності.

Метою психотерапії при консервативному лікуванні було усунення хворобливих симптомів (тривоги і депресії, а також поведінкових порушень) і навчання навичкам саморегуляції (АТ), а при оперативному лікуванні – в доопераційному періоді: зниження рівня тривоги та усунення страху перед операцією. Застосовувалися техніки приєднання ресурсів, нейтралізації тривоги, вікової прогресії (уявне переміщення в післяопераційний період з приєднанням ресурсу). В післяопераційному періоді (2–3 сеанси): психологічна підтримка, активізація внутрішніх ресурсів і життєвої позиції, усунення тривожних побоювань при фобічних розладах.

Контроль ефективності психотерапії проводився через 1 і 6 місяців шляхом психодіагностичного обстеження за допомогою опитувальника депресії У. Зунге, тесту особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, методики діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН).

Через 6 місяців після закінчення психотерапії та продовження заняттями АТ вдалося зібрати катамністичні дані, провести клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження всім 30 пацієнтам, які отримували психотерапію і 20 пацієнтам підгрупи порівняння в першій групі і 30 пацієнтам другої групи, які отримували психотерапію і підгрупи порівняння 19 – осіб.

У першій групі симптоми неспсихотичних психічних розладів були скорочені, а показники самопочуття, активності і настрою суттєво покращилися. У всіх випадках була відсутня депресія (тест У. Зунге), знизилася ситуативна тривога до «стану без тривоги», нормалізувалися показники по тесту САН. У другій групі у пацієнтів статистично достовірно покращилися всі показники по тесту САН нормалізувалися. За тесту У. Зунге діагностувався стан без депресії, а по тесту Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л. Ханіна – виявлялася легка ситуативна тривожність (ближче до стану без тривоги).

ВИСНОВКИ

1. Вивчено розповсюдженість неспсихотичних психічних розладів у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози: при доброякісній гіперплазії передміхурової залози у чоловіків похилого віку, які отримують консервативне лікування, за нашими даними, в 84,5% випадків виявляються неспсихотичні психічні розлади, а у тих, які підлягають опе-

ративному лікуванню – в 89, 5 % випадків.

2. Клінічна картина неспсихотичних психічних розладів у хворих ДГПЗ представлена наступними пролонгованими реакціями: тривожною, тривожно-депресивною, тривожно-фобічною, тривожно-субдепресивною з поліморфним психопатоподібним синдромом, тривожною реакцією з конверсійними симптомами, апатичною депресивною та іпохондричною.
3. Розроблена уніфікована карта дозволяє визначати роль індивідуально-особистісних, соціально-середовищних та соматогенних чинників у генезі й динаміці неспсихотичних психічних розладів при ДГПЗ.
4. Найбільш представлена в обох групах клінічна картина пролонгованими тривожними і тривожно-депресивними реакціями, де переважним симптомом в рамках неспсихотичних психічних розладів при ДГПЗ є тривога, рівень якої вищий у пацієнтів, що підлягають оперативному лікуванню, що пов'язано як з більш важкою симптоматикою основного захворювання, так і передбачуваним ризиком післяопераційних ускладнень.
- 4.1. У формуванні особистісних реакцій на ДГПЗ істотну роль відіграють преморбідно-особистісні особливості пацієнтів, які зумовлюють основні симптоми реагування, що важливо враховувати при розробці програми психотерапії. Астенічна симптоматика, наявна у пацієнтів в рамках церебро-васкулярної патології полегшувала формування реакцій на хворобу.
- 4.2. Ступінь виразності клінічної симптоматики в рамках розладів адаптації знаходиться в прямій кореляційній залежності від виразності клінічних симптомів ДГПЗ та їх ролі в зниженні якості життя, а також від психогенного впливу суб'єктивного уявлення про можливі наслідки соматичного захворювання. ДГПЗ надає прямий негативний вплив на якість життя пацієнтів, більш низький рівень якого притаманний особам, що підлягають оперативному лікуванню.
5. Психологічний профіль хворих ДГПЗ характеризується високими показниками особистісної та ситуативної тривожності, а також депресії з фіксацією на захворюванні і оцінкою свого стану як несприятливого, що в поєднанні з високою питомою вагою тривожно-недовірливого радикала в преморбідно-особистісній структурі обумовлює домінуючий (66,7 %) тривожний тип ставлення до хвороби.
6. Розроблені диференційовані алгоритми психотерапії в структурі комплексного лікування хворих ДГПЗ з неспсихотичними психічними розладами будувалися з урахуванням основного підходу до терапії соматичного захворювання і включати три етапи: індивідуальна психотерапія, навчання навичкам саморегуляції і, власне, регулярні заняття пацієнтом АТ. Такий підхід дозволяє на госпітальному етапі знизити ступінь виразності афективної напруженості і страх перед оперативним втручанням, редуціює основні психопатологічні симптоми і навчити хворих навичкам саморегуляції.
7. Використання диференційованої психотерапії в структурі комплексного лікування хворих ДГПЗ з неспсихотичними психічними розладами суттєво нормалізує показники самопочуття, активності, настрою, а також повністю редуціює рівень ситуативної тривожності та депресію.

**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПСИХОТЕРАПИЯ)**

В.И. Очкаляс

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, неспсихотические психические расстройства, тревога, депрессия, реакция на болезнь, качество жизни, психотерапия.

Резюме: Целью исследования было изучение клинико-динамических характеристик неспсихотических психических расстройств при ДГПЖ для разработки дифференцированных алгоритмов психотерапевтической помощи больным, направленных на повышение качества их жизни.

Выборку составили 120 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы: 60 пациентов получающих консервативную терапию (первая группа) и 60 – подлежащих оперативному лечению (вторая группа).

Исследование проводилось в три этапа. Первый этап заключался в анализе и оценке социально-демографических, анамнестических, клинико-психопатологических характеристик, а также психометрическое обследование. На втором этапе разрабатывалась и реализовывалась дифференцированная программа психотерапии. Для этого пациенты обеих групп были разделены на 2 подгруппы: получающих психотерапию и подгруппу сравнения (без психотерапии) по 30 человек в каждой подгруппе. Третий этап заключался в оценке эффективности разработанных алгоритмов психотерапии.

Выявлено, что наиболее часто при ДГПЖ встречаются пролонгированные тревожные и тревожно-депрессивные реакции, занимающие 50,8% случаев. Реже встречаются апатическая, депрессивная и ипохондрическая (20%), тревожно-фобическая и тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом, которые чаще встречались при консервативном лечении: в 16,7% и 13,3% случаев соответственно. Установлено, что в формировании личностных реакций на ДГПЖ существенную роль играют преморбидно-личностные особенности пациентов, обуславливающие основные симптомы реагирования, что важно учитывать при разработке программы психотерапии. Астеническая симптоматика, имеющаяся у пациентов в рамках церебро-васкулярной патологии облегчала формирование реакций на болезнь.

Изучение психометрических характеристик пациентов показало, что пациенты первой и второй группы отличались умеренной личной тревожностью, в то же время показатели реактивной тревожности в первой группе были умеренными, а во второй ($p < 0,0001$) выраженными. Шкала депрессии У. Зунга выявила легкую депрессию в первой группе, а во второй – субдепрессивное состояние ($p < 0,0001$).

Психотерапевтическая программа основывалась на современных психотехнологиях нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии и состояла из трех частей: вводной, терапевтической и обучения навыкам саморегуляции.

Катамнестическое обследование показало, что в обеих группах симптомы непсихотических психических расстройств были редуцированы, а показатели самочувствия, активности и настроения существенно улучшились. Во всех случаях было состояние без депрессии, снизилась ситуативная тревога.

На основе полученных результатов разработаны рекомендации по оказанию психотерапевтической помощи больным ДГПЖ с непсихотическими психическими расстройствами в структуре комплексного лечения.

NON-PSYCHOTIC PSYCHIATRIC DISORDERS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS, PSYCHOTHERAPY)

Ochkolyas V.I.

Key words: benign prostatic hyperplasia, non-psychotic mental disorders, anxiety, depression, reaction to disease, quality of life.

The aim of the study was to investigate the clinical and dynamic characteristics are not psychotic mental disorders in BPH to develop algorithms for differentiated psychological aid to patients to improve their quality of life.

We studied the prevalence, structure, and clinical characteristics of non-psychotic psychiatric disorders in patients with BPH, to verify the role of individual and personal, social, environmental and somatogenic factors in their genesis and dynamics. We studied the psychometric characteristics of the patients (severity of depression, personal and situational anxiety, mood, activity, mood and quality of life), depending on the severity of the symptoms of BPH, as well as the features of psychogenic reactions to physical illness. Based on the results developed guidelines for the provision of psychological care of patients with BPH with non-psychotic mental disorders in the structure of complex treatment.

Статья поступила в редакцию 20.05.2012.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕМАНТИНА ГИДРОХЛОРИДА ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ, В МОНОДИАГНОЗЕ ЛИБО В СОСТАВЕ ДРУГИХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А. А. Олексеев

Частная Психиатрическая Клиника, г. Одесса

Ключевые слова: Мемантин, обсессивно-компульсивное расстройство, ОКР, резистентное ОКР, глутаматная нейротрансмиттерная система, NMDA рецепторы.

Введение. Мемантин синтезирован в 1968 году. Данный препарат является неконкурентным антагонистом NMDA (N-метил D-аспарат) рецепторов, которые связаны с модуляцией когнитивных функций пациента. Низкопотентный антагонизм мемантина к рецепторам глутамата, в свою очередь, коррелирует с способностью препарата предотвращать нейродегенерацию и эксайтотоксичность (Lipton and Rosenberg 1994, Bullock 2006; Reisberg et al. 2003), Textbook of Psychopharmacology 4th edition 2009.

Мемантин одобрен для лечения болезни Альцгеймера средней и тяжелой степени, а также других расстройств, связанных с ухудшением интеллектуально-мнестических функций. Также мемантин способен уменьшать такие симптомы, как раздражительность, импульсивность, ажитации, агрессии, нарушении пищевого поведения в составе основных нейродегенеративных заболеваний (Cummings et al. 2006; Tariot et al. 2004), Textbook of Psychopharmacology 4th edition 2009.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) относится к классу психических расстройств и кодируется по МКБ-10 в разделе F42 – невротические расстройства.

Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда тягостны, потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание или просто потому, что они воспринимаются как бессмысленные, и больной часто пытается безуспешно сопротивляться им. Тем не менее они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают непроизвольно и невыносимы. Компulsive действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их смысл заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, причиняющих вред больному или со стороны больного. Обычно, хотя необязательно, такое поведение воспринимается больным как бессмысленное или бесплодное и он повторяет попытки сопротивления ему; при очень длительных состояниях сопротивление может быть минимальным. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения. Существует тесная взаимосвязь между обсессивными симптомами, особенно обсессивными мыслями, и депрессией.

Цель. Показать в данном клиническом наблюдении возможность использования мемантина не по основному назначению, а исходя из биохимических, физиологических свойств в группе других расстройств, в частности расстройств невротического спектра – обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), которое не поддается традиционному лечению и классифицируется как резистентное.

Материалы и методы. Возможность применения мемантина в качестве дополнительной терапии при ОКР базируется исходя из рецепторного профиля препарата, нейромедиаторных изменений, по данным нейроимиджинговые исследований.

Нейробиологические изменения при ОКР достаточно сложны и до конца не изучены.

Считается, что в развитие данного заболевания включены несколько нейромедиаторных систем, основная из которых серотониновая, в связи с тем, что большой процент пациентов отвечают именно на терапии ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС). Однако с использованием монотерапии СИОЗС 50–60% пациентов остаются с не долеченными формами ОКР либо вообще без положительных результатов.

По данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), подтверждается связь ОКР и синаптической дисфункции кортико-стрио-таламо-кориткального круга (КСТК). Так мно-

жественные исследования отмечают увеличения уровня метаболизма глюкозы, скорости кровотока в состоянии до лечения либо провокации симптоматики ОКР, в таких структурах как фронто-орбитальная кора, передней части коры поясной извилины, хвостатое ядро, таламус.

Отмечаются явления глутаматного дисбаланса, повышение уровня глутамта и уровня метаболизма в КСТК, по данным магнитно-резонансной спектроскопии (МРС), в вышеуказанных структурах (Psychiatr Clin North Am. 2000 Sep;23 (3):563–86. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. NeuroRx. 2006 Jan;3 (1):69–81. Glutamate-modulating drugs as novel pharmacotherapeutic agents in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Source Yale University Department of Psychiatry, New Haven, Connecticut 06508, USA).

Исследования показывают способность препаратов с глутаматным рецепторным профилем улучшать течение ОКР. Например улучшения показывают амантин, рилузол, (дозозависимый эффект) D-циклосерин (Glutamatergic Synaptic Dysfunction and Obsessive-Compulsive Disorder Jonathan T Ting and Guoping Feng November 16, 2008).

В связи с чем становится актуальным вопрос о изучении влияния препаратов, действующих на NMDA рецепторы, на течение заболеваний, связанных с дисбалансом в данных структурах.

Таким образом, нами была поставлена задача оценить возможность использования мемантина гидрохлорида при резистентных формах ОКР, в качестве адъюнктивной терапии.

Для исследования были отобраны 10 пациентов с резистентными формами ОКР.

Резистентное ОКР классифицировалось исходя из сроков заболевания, психофармакотерапевтического анамнеза и степени улучшения основной симптоматики.

Резистентные считались те которые прошли два триала разных СИОЗС, и один триал кломипрамином, в сроках не менее 12 недель для каждого триала и не получили значимого улучшения в симптомах ОКР (Clinical Manual of Anxiety Disorders Washington, DC London, England 2004).

Клиническое наблюдение проводилось на базе «частной психиатрической клиники» в г. Одессе, пациенты находились на дневном стационаре, лекарственные средства получали непосредственно от персонала клиники для контроля приема лекарств. Проводился ежедневный мониторинг состояния больных, отслеживались переносимость, побочные явления и т. д. Для количественной оценки степени тяжести симптомов ОКР использовалась Обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (англ. Yale-Brown obsessive-compulsive scale); Y-BOCS.

Шкала эта позволяет набрать от 0 до 40 баллов, соответственно от легкого субклинического до самого тяжелого состояния ОКР.

Значимый терапевтический ответ считался, если количество баллов по шкале Y-BOCS уменьшалось более чем на 25 %.

Сбор данных проводился в начале, в конце и в промежутках исследования с интервалом в 2 недели.

Основную терапию антидепрессантами, нормотимиками, анксиолитиками пациенты не прекращали.

Возраст пациентов от 20 до 35 лет, 6 мужчин, 4 женщины. Количество баллов набранных до начала терапии находилось в диапазоне 24–34 балла.

Всем пациентам с резистентной формой ОКР проводилась титрация мемантина гидрохлорида до 20 мг. Скорость титрации зависела от переносимости препарата. В среднем доза 20 мг набиралась на 2 неделю приема препарата. Каких-либо значимых побочных явлений либо непереносимости препарата не наблюдалось

Сроки для оценки результатов установлены были в 12 недель.

Результаты клинических наблюдений

По окончании срока в 12 недель 4 пациента показали улучшение более чем на 25 % по шкале Y-BOCS и классифицировались как пациенты, которые ответили на аугментацию мемантином, 1 женщина и 3 мужчин. Диапазон улучшения составил от 32 до 44 % по шкале Y-BOCS.

Таким образом, в общей сложности почти половина пациентов показала положительную динамику в сочетании с хорошей переносимостью мемантина гидрохлорида.

Выводы. Как показывает данное клиническое наблюдение и инструментальные исследования нейрохимических изменений в структурах головного мозга, мемантин может быть выбран для дополнительной терапии ОКР в резистентных случаях. При этом препарат характеризуется хорошей переносимостью, не мешает пациенту социально функционировать и не ограничивает его в повседневной жизни.

Для более детальной оценки эффективности и переносимости необходимы исследования с большим количеством пациентов, и оценка на сроках более 6 месяцев терапии.

Список литературы

1. Textbook of Psychopharmacology 4th edition 2009.
2. Bullock R: Efficacy and safety of memantine in moderate-to-severe Alzheimer disease: the evidence to date. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 20:23–29, 2006 [PubMed]
3. Clinical Manual of Anxiety Disorders Washington, DC London, England 2004
4. Grossberg GT, Edwards KR, Zhao Q: Rationale for combination therapy with galantamine and memantine in Alzheimer's disease. *J Clin Pharmacol* 46:17S–26S, 2006
5. NeuroRX journal 2006 jan American Society for Experimental NeuroTherapeutics.
6. Neurology and clinical neuroscience editor, Anthony H.V. Schapira; associate editors, Edward Byrne. 2007

ЗАСТОСУВАННЯ МЕМАНТИНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КОГНІТИВНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

*І. В. Косенкова, І. В. Добровольська, К. П. Добровольська, П. М. Попандопуло,
Мороз Ю. П.*

Комунальний заклад «Черкаська обласна психіатрична лікарня»

Комунальний заклад «Черкаська обласна лікарня»

Ключові слова: мемантин, когнітивні розлади, залежність від психоактивних речовин.

Резюме. Мета дослідження – визначити ефективність застосування мемантину для корекції когнітивних порушень при інтелектуально-мнестичних розладах у пацієнтів із залежністю від ПАР. Застосування мемантину приводить до редукції когнітивних порушень та попереджає розвиток стійкого когнітивного дефіциту.

На протязі останніх десятиріч проблема вживання психотичних речовин (ПАР) одна з найбільш значущих медико-соціальних проблем, що потребує пошуку діагностичних та лікувальних методів корекції розладів психіки та поведінки, оцінки порушень перебігу пізнавальної діяльності, що виникають внаслідок вживання ПАР. ПАР викликають органічні психічні розлади, амнестичний синдром (F1x.6) та інші зниження пізнавальних функцій аж до деменції, стійкі органічні розлади особистості (F1x.7, F1x.8, F1x.9).

При вживаннях наркотичних речовин, по даних численних дослідників, відмічаються такі розлади когнітивних функцій: зниження пам'яті, загальмованість мислення, труднощі концентрації та запам'ятовування, затримка осмислення, повільне осмислення, повільна мова зі зниженням запасу слів (Братанов С. Б., 2001, Благоев Л. М., 2003). Ступінь вираженості інтелектуально-мнестичних розладів у пацієнтів з залежностями від наркотичних речовин залежить від виду наркотику та преморбиду особи (Михайліченко І. П., 1993 р.). У більшості користувачів наркотиків, що виготовлені кустарним способом з макової соломки, а також ефедрону, спостерігаються інтелектуально-мнестичні розлади різного ступеню. Формування психоорганічних розладів при вживанні різних ПАР також залежать від давності наркотизації. При хронічній інтоксикації відмічається стійкий мнестичний дефект, який тісно пов'язаний з іншими когнітивними порушеннями.

Найчастіше у нашому регіоні зустрічається вживання ацетильованого опію, що викликає формування токсичної енцефалопатії з інтелектуально-мнестичними розладами (Мустафетова П. К., Погосов А. В., 1998).

Тяжкість зниження інтелекту та пам'яті (Рохліна М. А., Козлова А. А., 2001) є найбільшою у поліморфних та опійних користувачів, в меншій ступені – у героїнових та первитин-ефедронових пацієнтів. Його вираженість чітко корелює з терміном вживання наркотичних речовин, а також з наявністю супутніх захворювань – ВІЛ-інфекції та гепатиту С.

Розвиток когнітивної дисфункції при залежностях від ПАР пов'язаний з різними патогенетичними факторами, одним з яких є патологічно підвищена активність глутамата з розвитком ексайтотоксичних ефектів та пошкодженням мозкової тканини (глутаматергічний фактор). Зважаючи на цей патогенетичний фактор для лікування алкогольної та наркотичної енцефалопатії, когнітивного дефекту використовують неконкурентний антагоніст НМДА – рецепторів, що блокує ефекти патологічно підвищених рівнів глутамату, мемантин.

Початкова доза мемантину складає 5 мг раз на добу. Кожні 7–8 днів дозу збільшують на 5 мг доводячи до 10 мг двічі на добу. Як і для інших протидементних препаратів, слід рекомендувати постійний його прийом.

Метою нашого дослідження було визначення ефективності мемантину гідрохлориду для корекції когнітивних порушень при інтелектуально-мнестичних розладах у пацієнтів з залежністю від ПАР.

Для цього були проаналізовані результати лікування 60 пацієнтів у віці від 18 до 35 років з діагнозами F11.30-F11.70 та F19.30-F19.70. з супутніми захворюваннями гепатитом «С», «В» (7 пацієнтів) та ВІЛ-інфекцією (26 пацієнтів). Період наркотизації від 20 до 10 років.

Розподіл пацієнтів за діагнозами, віком, періодом вживання наркотичного засобу, супутньою патологією та наявністю когнітивних розладів наведено у таблиці 1. Оцінка

ступеню когнітивного дефіциту проводилася за допомогою шкал MMSE, Міні-Сог, шкали ВІА-деменції (HIV.dementia SCALE), патофизиологічних тестів, а також за результатами ЕЕГ з використанням методики когнітивних викликаних потенціалів – ВП або Р-300 (запис ЕЕГ здійснювали за допомогою комп'ютерного комплексу «Нейроком» фірми «ДХ-системи» (Харків)).

При психопатологічному дослідженні відмічалися наступні порушення: зниження концентрації уваги, порушення короткочасної пам'яті, зниження темпу і продуктивності розумової діяльності, здібності до прогнозування, узагальненню та виділенню суттєвих ознак, утруднення перемикання уваги. Ці порушення зростали паралельно з ускладненням психопатоподібної симптоматики, зниженням працездатності. При опійних наркоманіях ознаки інтелектуально-мнестичних порушень відмічались у всіх обстежуваних, причому легкого ступеню – у 18 пацієнтів (30%), середнього – у 42 (70%).

При ЕЕГ обстеженнях середнє значення показника латентності Р-300 у пацієнтів з середньою ступеню когнітивного дефіциту виходило за межі 2,5 сигма для свого віку. Середнє значення параметрів для латентності у наших пацієнтів (з урахуванням вікового індексу) складали $386-405 \pm 42$ мс (при нормі $336 \pm 2,6$ мс), середнє значення по амплітуді складали 11 ± 3 мкВ у нормі і $3,1 \pm 2,3$ мкВ у патології. Ступінь подовження латентності відповідала вираженості когнітивних порушень. Так, у пацієнтів з легким ступенем когнітивних розладів середнє значення латентності складало $386 \pm 2,7$ мс (норма $332 \pm 2,5$ мс).

Всім пацієнтам призначався мемантина гідрохлорид в якості препарату для покращення когнітивних порушень за стандартною схемою лікування.

Після 4-х тижневого лікування препаратом були отримані наступні результати: значне покращення когнітивних функцій (37 пацієнтів – 62%), незначне покращення (22 пацієнта – 36%), відсутність ефекту (1 пацієнт – 2%). Оцінювалися також такі показники: динаміка ЕЕГ, вплив на психічний стан, поведінкові розлади.

Після лікування мемантина гідрохлоридом при повторних обстеженнях відзначалося стійке скорочення латентного періоду Р-300 до 350–356 мс зі збільшенням амплітуди до 12–14 мс, що вказувало на позитивний ефект призначеної терапії та покращення когнітивних функцій. Це покращення, зафіксоване на ЕЕГ, співпадало з суб'єктивним станом пацієнтів та даними психологічного обстеження.

Оцінка психічного стану пацієнтів на тлі лікування мемантином проводилася як клінічно, так і з допомогою патофизиологічних тестів та ЕЕГ дослідження. Відмічено, що у пацієнтів покращуються показники пам'яті (короткочасної та довготривалої, опосередкованого запам'ятовування), концентрації уваги, продуктивності мислення, працездатність, темп сенсо-моторних реакцій (70% випадків).

Таким чином, можна зробити висновки про те, що мемантина гідрохлорид – ефективний препарат для лікування когнітивних змін у наркозалежних пацієнтів при різних ступенях когнітивних порушень. Ступінь ефективності лікування при призначенні препарату залежить від вираженості когнітивних змін та наявності супутньої патології, терміну наркотизації.

Застосування мемантину при відносно доброякісних формах когнітивних порушень внаслідок зловживання ПАР приводить до їх редукції та попереджає розвиток стійкого когнітивного дефіциту.

Позитивна дія препарату супроводжується позитивною ЕЕГ динамікою. Нейропротекторна дія мемантину покращує якість соціального функціонування пацієнтів.

Література:

1. Гнездицкий В. Г. «Вызванные потенциалы мозга в клинической практике» 1997.
2. Яничек Ф. Дж и др. «Принципы и практика психофармакотерапии» 1999.
3. Дзяк Л. А., Мизякина Е. В., «Абикса – новая стратегия лечения больных с сосудистой деменцией» «Нейроньюс», 2008, № 3.
4. Менделевич В. Д. «Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения» Москва, «МЕДпресс-информ», 2003.
5. Захаров В. В., Дамумен И. В., Яхно Н. М. «Медикаментозная терапия деменций. Клиническая фармакология и терапия», 1994, Т. 3, № 4.
6. Сиволап Ю. П. «Поражение центральной нервной системы и когнитивные нарушения при алкоголизме: систематика и рациональное лечение». Наркология, 2010, № 3, стр. 34–37.

USE OF THE MEMANTINE FOR THE TREATMENT OF COGNITIVE AND BEHAVIORAL DISTURBANCES IN PATIENTS WITH DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Kosenkova I. V., Dobrovolska I. V., Dobrovolska K.P, Popandopulo P. N., Moroz Y. P.

Com.inst. "Cherkasy region psychiatry hospital"

Com.inst. "Cherkasy region hospital"

Key words: memantine, cognitive impairment, dependence on psychoactive substances.

Resume. Purpose of the study is to determine the effectiveness of memantine for the correction of cognitive impairment in intellectual-mental disorders in patient with dependence on psychoactive substances. The use of memantine leads to a deduction of cognitive impairment and prevents the development of resistant cognitive deficits.

**THE DIAGNOSTIC ROLE OF CARBONYL DERIVATIVES,
AS A MARKER OF OXIDATIVE STRESS IN SCHIZOPHRENIA
AND ALCOHOLIC PSYCHIATRIC DISORDERS**

V.A. Verbenko, A.L. Malev, A.N. Zakharova

Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology

Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy

Crimean State Medical University after Georgievskiy

Keywords: Schizophrenia, alcohol disorders, carbonyl derivatives, oxidative stress.

Introduction. It is known that oxidative stress plays an important role in the pathogenesis of psychiatric disorders, setting the stage for an intense generation of free radicals that damage lipids, proteins and structures of cell membranes of neurons that are sensitive to oxidative stress. First of all damage proteins that form carbonyl derivatives.

Objectives. There was conducted comparative analysis of oxidative stress in terms of carbonyl derivatives (the level of spontaneous oxidation of blood plasma proteins on the level of carbonyl derivatives) in patients with schizophrenia and alcoholic psychiatric disorders, and in the control group.

Aim. To study the severity of oxidative stress in terms of carbonyl derivatives in schizophrenia and alcoholic psychiatric disorders.

Materials. 3 groups of men on 50 patients aged 18 to 46 years: schizophrenia, alcohol psychiatric disorders, the control group – mentally and somatically healthy donors. Venous blood plasma, taken in the morning on an empty stomach.

Methods. The clinical-anamnestic, psychopathological, psychometric, biochemical, spectrophotometry and nonparametric statistical methods.

Results. Revealed, a statistically significant difference in the level of carbonyl derivatives among all groups relative to each other (control group $0,1886 \pm 0,0352$, schizophrenia group $0,6832 \pm 0,0887$, alcoholic disorders group $1,6181 \pm 0,1968$), its correlation with the factors of flow of psychopathological processes and differences depending on the severity of clinical psychopathology.

Table 1.

The levels of optical density of carbonyl derivatives.

Group	The level of carbonyl derivatives by 363 nm Mean	The level of carbonyl derivatives by 363 nm N	The level of carbonyl derivatives by 363 nm ±SD
Alcoholic psychiatric disorders	1,6181*	50	0,1968
Schizophrenia	0,6832*	50	0,0887
Control	0,1886*	50	0,0352

Note: in comparing groups, paired test of significance of differences was $p < 0,001$

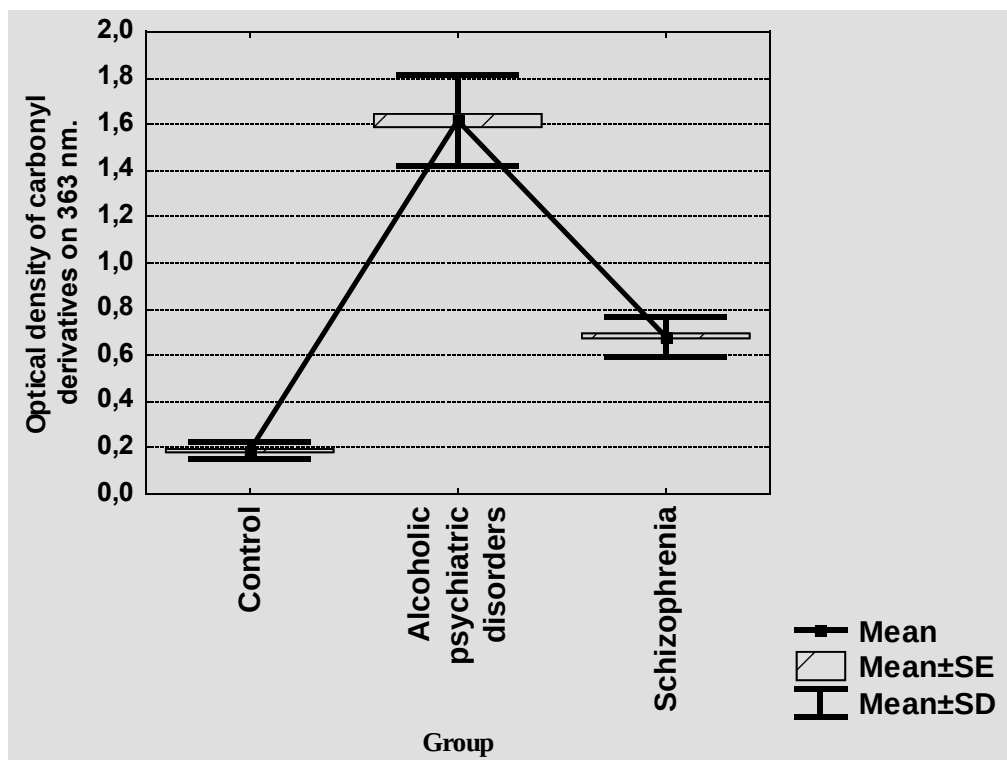


Figure 1. Graphic analysis the levels of optical density of carbonyl derivatives.

Table 2.

Correlation of the level of carbonyl derivatives with age of the patients, duration of remission, age at onset and duration of disease.

	Patients age	Duration of remission	Age at start of disease	Duration of disease
The level of carbonyl derivatives by 363 nm in alcoholic psychiatric disorders	-0,0758	-0,1857	-0,4419	0,3717
The level of carbonyl derivatives by 363 nm in schizophrenia	0,1439	-0,2314	-0,1317	0,4624

Note: significant correlations ($r \geq 0,3$) are significant at $p < 0,05$

Table 3.

Correlation of the level of carbonyl derivatives with a score of psychometric scales.

	PANSS total	PANSS (P)	PANSS (N)	PANSS (G)	PANSS (S)	Hamilton scale
The level of carbonyl derivatives by 363 nm in alcoholic psychiatric disorders	0,6462	0,6115	0,5170	0,6064	0,5932	0,5963
The level of carbonyl derivatives by 363 nm in schizophrenia	0,1807	-0,0124	0,3341	0,2333	-0,0129	0,3656

Note: significant correlations ($r \geq 0,3$) are significant at $p < 0,05$

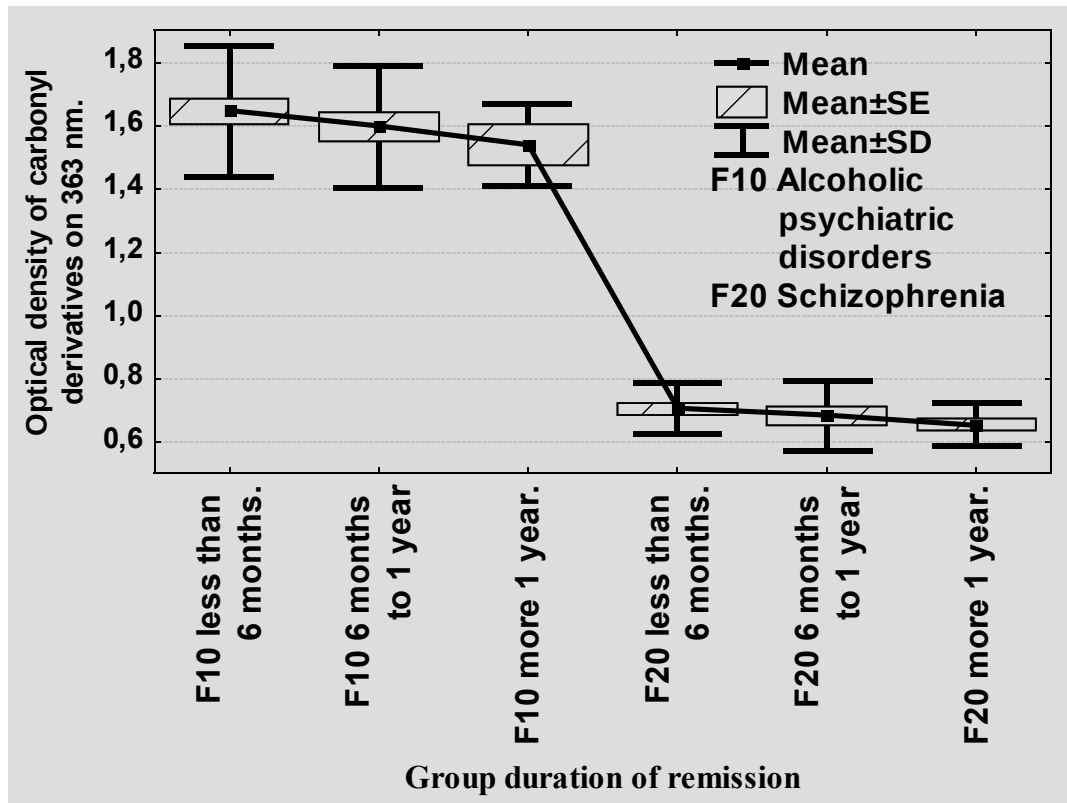


Figure 2. The levels of optical density of carbonyl derivatives, depended on the duration of remission.

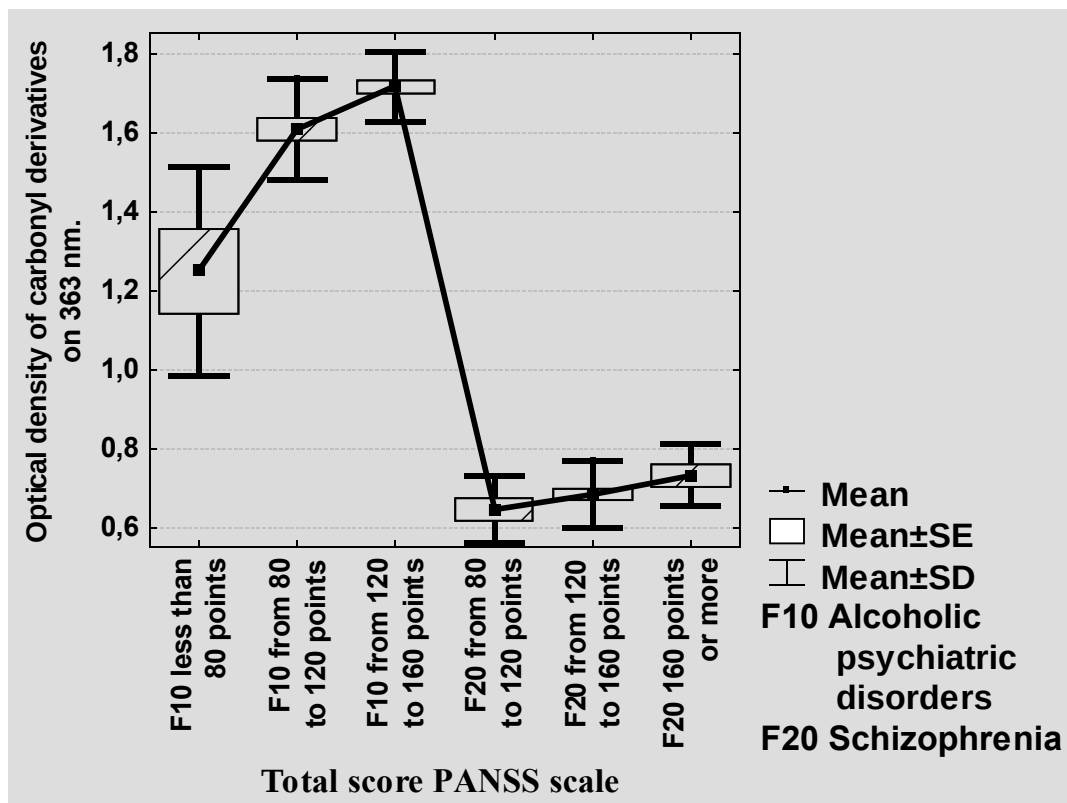


Figure 3a. The levels of optical density of carbonyl derivatives, depended on the total score in PANSS scale.

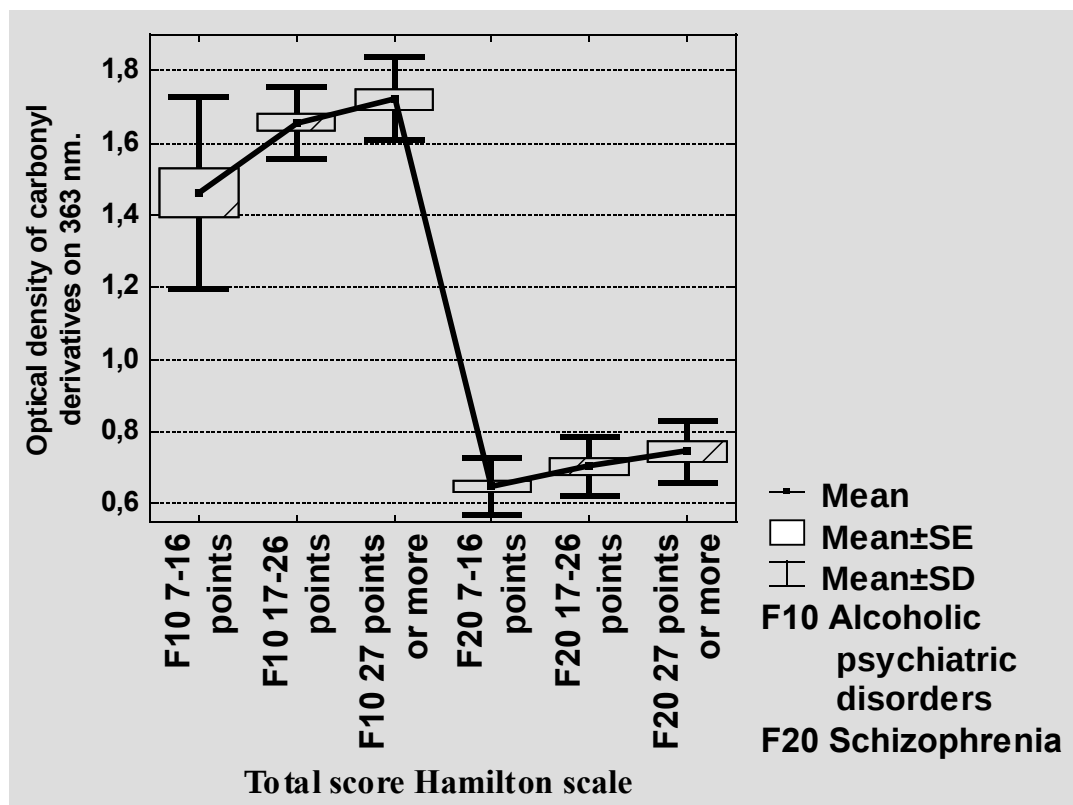


Figure 3b. The levels of optical density of carbonyl derivatives, depended on the total score in Hamilton scale.

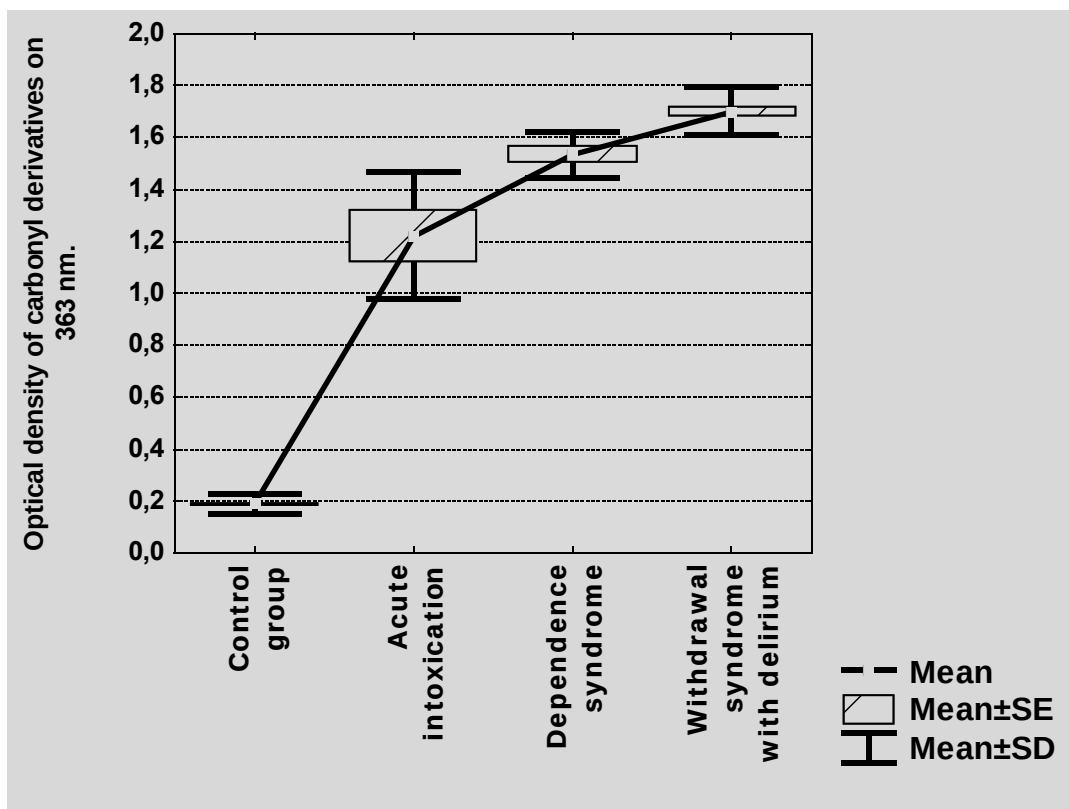


Figure 4. The levels of optical density of carbonyl derivatives, depended on the syndrome in alcoholic psychiatric disorders.

**The levels of optical density of carbonyl derivatives,
depended on the syndrome in alcoholic psychiatric disorders.**

Syndrome	The level of carbonyl derivatives by 363 nm Mean	The level of carbonyl derivatives by 363 nm $\pm$ SD
Acute intoxication	1,2216	0,2411
Dependence syndrome	1,5366	0,0878
Withdrawal syndrome with delirium	1,7022	0,0929
Control group	0,1886*	0,0352

Note: in comparing pairs of acute intoxication with symptoms depending on the criterion of significance of differences was $p < 0,05$; in paired comparisons of the remaining groups each test of significance of differences was $p < 0,001$.

Conclusion.

Determination of the severity of oxidative stress in level of carbonyl derivatives allows to use this index as an additional differential-diagnostic and prognostic test in the diagnosis of mental disorders, assessing the quality of the therapy.

References.

1. Oxidation of mitochondrial proteins and DNA following administration of ethanol/P. Wieland, B.H. Lauterburg//Biochem Biophys Res. Commun. — 1995. — Vol. 213, № 3. — P. 815–819.
2. Alcohol and free radicals: from basic research to clinical prospects/R. Nordmann, H. Rouach//Bull Acad. Natl. Med. — 1995. — № 179 (9). — P. 1839–1750.
3. Increased glutamatergic neurotransmission and oxidative stress after alcohol withdrawal/G.E. Tsai, P. Ragan, R. Chang [et al.]//Am J. Psychiatry. — 1998. — № 155 (6). — P. 726–732.
4. Oxidative stress and an altered methionine metabolism in alcoholism/S. Bleich, K. Spilker, C. Kurth [et al.]//Neurosci. Lett. — 2000. — Vol. 293, № 3. — P. 171–174.
5. Oxidative stress involvement in schizophrenia pathophysiology: a review/C. Fendri, A. Mechri, G. Khiari [et al.]//Encephale. — 2006. — № 32. — P. 244–252.
6. Free radical pathology and antioxidant defense in schizophrenia: a review/S.P. Mahadik, S. Mukherjee//Schizophr. Res. — 1996. — № 19 (1). — P. 1–17.
7. Abnormal age-related changes of plasma antioxidant proteins in schizophrenia/J.K. Yao, R. Reddy, D.P. Van Kammen//Psychiatry Res. — 2000. — Vol. 97, № 2–3. — P. 137–151.
8. Mitochondrial dysfunction in schizophrenia: evidence for compromised brain metabolism and oxidative stress/S. Prabakaran, J.E. Swatton, M.M. Ryan [et al.]//Mol. Psychiatry. — 2004. — № 9 (7). — P. 684–697.
9. Dopamine-induced oxidative stress in neurons with glutathione deficit: implication for schizophrenia/G. Grima, B. Benz, V. Parpura [et al.]//Schizophr. Res. — 2003. — Vol. 62, № 1. — P. 213–224.
10. Oxidative modification of blood proteins in patients with psychiatric disorders (depression, depersonalization)/E.E. Dubinina, M.G. Morozova, N.V. Leonova [et al.]//Vopr. Med. Khim. — 2000. — Vol. 46, № 4. — P. 398–409.
11. The diagnostic role of carbonyl derivatives, as a marker of oxidative stress in schizophrenia and alcoholic psychiatric disorders/V.A. Verbenko, A.L. Malev, A.N. Zakharova.//20th European Congress of Psychiatry (3–6 March 2012 Prague. Czech Republic). — Abstracts on CD-Rom. — Vol.27, Suppl. 1 2012.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КАРБОНИЛЬНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ,
КАК МАРКЕРА ОКСИДАНТНОГО СТРЕССА, ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И АЛКОГОЛЬНЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

В.А. Вербенко, А.А. Малев, А.Н. Захарова

Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии.

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

Проведен сравнительный анализ оксидантного стресса по уровню карбонильных производных (уровня спонтанного окисления белков плазмы крови по уровню карбонильных производных) у больных шизофренией и алкогольными психическими расстройствами, а также в контрольной группе.

Актуальность. Известно, что при психопатологических процессах создаются условия для интенсивной генерации свободных радикалов, повреждающих липиды, белки и структуру клеточных мембран нейронов головного мозга, чувствительных к оксидантному стрессу. При этом, в первую очередь повреждаются белки с образованием карбонильных производных.

Цель. Изучение выраженности оксидантного стресса по уровню карбонильных производных у пациентов с шизофренией, психическими расстройствами в результате употребления алкоголя, а также в контрольной группе.

Материалы. 3 группы мужчин по 50 пациентов в возрасте от 18 до 46 лет: шизофрения, психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, контрольная группа – психически и соматически здоровые доноры. Плазма венозной крови, взятая утром натощак.

Методы. Клинико-анамнестический, психопатологический, психометрический (шкала PANSS, Гамильтона), биохимический (определение уровня карбонильных производных методом Дубининой Е.Е. с регистрацией на спектрофотометре СФ 2000 в единицах оптической плотности на длине волны 363 нм) и статистический (двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова, корреляция Спирмена, anova Краскела-Уоллиса, программный продукт «Statistica for Windows – 6,0» (StatSoft, США).

Результаты. Выявлены, статистически значимые различия в уровне карбонильных производных среди всех групп относительно друг друга (контрольная группа $0,1886 \pm 0,0352$, шизофрения $0,6832 \pm 0,0887$, психические расстройства в результате употребления алкоголя $1,6181 \pm 0,1968$), его связь с факторами течения психопатологического процесса и различия в зависимости от выраженности психопатологических симптомов.

Вывод. Определение выраженности оксидантного стресса по уровню карбонильных производных позволяет использовать этот показатель в качестве дополнительного дифференциально-диагностического и прогностического теста в диагностике психических расстройств, а также в оценке качества проводимой терапии.

Ключевые слова: шизофрения, психические расстройства в результате употребления алкоголя, карбонильные производные, оксидантный стресс.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ КАРБОНІЛЬНИХ ПОХІДНИХ, ЯК МАРКЕРА ОКСИДАНТНОГО СТРЕСУ, ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АЛКОГОЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

В.А. Вербенко, О.А. Малев, Г.М. Захарова

Кафедра психіатрії, психотерапії, наркології.

Кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії.

ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського»

Проведен порівняльний аналіз оксидантного стресу за рівнем карбонільних похідних (рівня спонтанного окислення білків плазми крові за рівнем карбонільних похідних) у хворих на шизофренію і алкогольними психічними розладами, а також в контрольній групі.

Актуальність. Відомо, що при психопатологічних процесах створюються умови для інтенсивної генерації вільних радикалів, що ушкоджують ліпіди, білки і структуру клітинних мембран нейронів головного мозку, чутливих до оксидантного стресу. При цьому, в першу чергу ушкоджуються білки з утворенням карбонільних похідних.

Мета. Вивчення вираженості оксидантного стресу за рівнем карбонільних похідних у пацієнтів з шизофренією, психічними розладами внаслідок вживання алкоголю, а також в контрольній групі.

Матеріали. 3 групи чоловіків по 50 пацієнтів у віці від 18 до 46 років: шизофренія, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, контрольна група – психічно і соматично здорові донори. Плазма венозної крові, взята вранці натщесерце.

Методи. Клініко-анамнестичний, психопатологічний, психометричний (шкала PANSS, Гамильтона), біохімічний (визначення рівня карбонільних похідних методом Дубініної Е.Е. з реєстрацією на спектрофотометрі СФ 2000 в одиницях оптичної щільності на довжині

хвилі 363 нм) і статистичний (критерій Колмогорова-Смірнова, кореляція Спірмена, anova Краскела-Уолліса, програмний продукт «Statistica for Windows – 6,0» (StatSoft, США).

Результати. Виявлено, статистично значущі відмінності в рівні карбонільних похідних серед усіх груп відносно один одного (контрольна група $0,1886 \pm 0,0352$, шизофренія $0,6832 \pm 0,0887$, психічні розлади внаслідок вживання алкоголю $1,6181 \pm 0,1968$), його зв'язок з факторами перебігу психопатологічного процесу і відмінності в залежності від вираженості психопатологічних симптомів.

Висновок. Визначення вираженості оксидантного стресу за рівнем карбонільних похідних дозволяє використовувати цей показник в якості додаткового диференційно-діагностичного та прогностичного тесту в діагностиці психічних розладів, а також в оцінці якості проведеної терапії.

Ключові слова: шизофренія, психічні розлади внаслідок вживання алкоголю, карбонільні похідні, оксидантний стрес.

УДК: 616.895.8-008

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ, КОМОРБИДНОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В. А. Вербенко

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»

Резюме: Проведено изучение особенностей клинических проявлений шизофрении и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией коморбидной с артериальной гипертензией. Оценена эффективность и безопасность психофармакотерапии шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией.

В исследованиях последних лет [1] отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми из которых являются артериальная гипертензия (20%), гиперлипидемия (14%) и сахарный диабет (11%). При анализе естественных причин смерти больных шизофренией выявляется многократное превышение стандартизованных показателей смертности у больных шизофренией по сравнению общей популяцией – по сердечно-сосудистым заболеваниям – в 2,3 раза, по сахарному диабету – в 2,7 раза. Наряду с общим повышенным риском соматической коморбидности, пациенты с шизофренией имеют худший доступ и качество соматической помощи [2–3]. В результате исследования эффективности терапевтического вмешательства the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) было выявлено, что 88% пациентов с дислипидемией не получали лечения, 62% – с гипертензией и 38% – с сахарным диабетом [5]. В то же время ряд авторов утверждает, что артериальная гипертензия при шизофрении характеризуется большей доброкачественностью, меньшим распространением заболевания, чем в группе психически здоровых испытуемых. [3–4]. Противоречивость полученных данных подтверждает необходимость дальнейшего изучения коморбидности шизофрении с артериальной гипертензией.

Наличие органического сосудистого фона является одной из наиболее распространенных причин извращения ответа на психофармакотерапию является [5–7]. Присоединение дисциркуляторной энцефалопатии к эндогенному процессу может привести к формированию как отрицательной фармакорезистентности (повышается риск развития и степень выраженности экстрапирамидных и обменно – эндокринных побочных эффектов антипсихотиков), так и к положительной фармакорезистентности.

Выше сказанное подчеркивает актуальность и целесообразность проведения исследования, посвященного изучению особенностей клиники и терапии шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией.

Цель работы: изучение особенностей клиники и терапии шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией и разработка системы лечебно-профилактических мероприятий.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинических проявлений шизофрении и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией коморбидной с артериальной гипертензией.
2. Оценить эффективность и безопасность психофармакотерапии шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией.

Материал и методы: В исследование включено 60 больных шизофренией, из них 15 женщин, страдающих шизофренией коморбидной с артериальной гипертензией в возрастном диапазоне $42,40 \pm 1,82$ лет, 15 женщин, страдающих шизофренией, неотягощенных соматической патологией, средний возраст $43,73 \pm 2,64$ лет; 15 мужчин, страдающих шизофренией коморбидной с артериальной гипертензией в возрастном диапазоне $42,13 \pm 1,33$ лет и 15 мужчин, страдающих шизофренией, неотягощенных соматической патологией, средний возраст $38,53 \pm 2,13$ года. Группы практически не различались возрасту: основная группа «А» – больные шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией $42,27 \pm 4,11$ и группа контроля «Б», соматически благополучные больные шизофренией $41,13 \pm 1,74$ года соответственно), а также по среднему возрасту на момент начала заболевания ($25,17 \pm 0,96$ и $23,53 \pm 0,81$ года) и количеству госпитализаций ($7,05 \pm 5,27$ и $8,28 \pm 5,97$ случая соответственно). В группу «А» вошли 30 пациентов с подтвержденным медицинской документацией и результатами тонометрии диагнозом АГ, в группу «Б» – 30 пациентов без анамнестических данных за АГ, обнаруживших нормальные значения АД при тонометрии.

Методы исследования. Необходимость комплексной оценки состояния больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией определила диапазон используемых методов исследования: клинико-катамнестический и клинико-психопатологический методы, стандартизированные методы психометрического шкалирования (шкала оценки выраженности позитивных и негативных симптомов PANSS, шкала оценки выраженности симптомов депрессии Гамильтона (HDRS), шкала оценки выраженности экстрапирамидных расстройств Extrapyramidal Symptoms Rating Scale (ESRS), методы описательной статистики (среднее и стандартное отклонение по группе; статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистического пакета BIOSTAT (универсальный пакет для медицинских исследований), адаптированного для работы на ПК в операционной системе Windows. Данные вносились в карту систематизации данных исследования. Для унифицирования данных и последующей статистической обработки был составлен глоссарий сравнительного исследования.

Результаты исследования:

Социодемографические характеристики исследуемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социодемографические характеристики исследуемых групп

Группы и подгруппы	Средний возраст на момент обследования, лет, $M \pm m$	Средний возраст на момент начала заболевания, лет, $M \pm m$	Длительность госпитализации, дни, $M \pm m$
Группа «А», всего, N=30:	$42,27 \pm 4,11$	$25,17 \pm 0,96$	$65,00 \pm 5,13$
Из них мужчины, N=15	$42,13 \pm 1,33$	$27,87 \pm 1,036$	$55,20 \pm 3,25$
Из них женщины, N=15	$42,40 \pm 1,82$	$22,47 \pm 1,28$	$76,31 \pm 9,67$
Группа «Б» всего, N=30:	$41,13 \pm 1,74$	$23,53 \pm 0,81$	$58,57 \pm 2,04$
Из них мужчины, N=15	$38,53 \pm 2,13$	$24,80 \pm 1,24$	$51,47 \pm 2,07$
Из них женщины, N=15	$43,73 \pm 2,64$	$22,27 \pm 0,96$	$65,67 \pm 2,40$

К особенностям клинических проявлений шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией следует отнести большую длительность госпитального лечения по сравнению с контрольной группой как у мужчин ($55,20 \pm 3,25$ дней и $51,47 \pm 2,07$ дней соответственно), так и у женщин ($76,31 \pm 9,67$ дней и $65,67 \pm 2,40$ основная и контрольная группа, соответственно), $p \leq 0,001$ (табл. 1). В результате исследования выявлено, что у мужчин, страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией достоверно чаще отмечается на-

личие негативных симптомов заболевания (у 86,7% больных), по сравнению с контрольной группой (у 33,3% больных), значимость отличий $p<0,01$. А у женщин страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, чаще встречались симптомы тревоги (у 46,7% больных), раздражительности и агрессивного поведения (33,3%) по сравнению с контрольной группой, значимость отличий $p<0,05$. Сохранение при выписке выраженных негативных симптомов заболевания как у мужчин, так и у женщин ($28,27\pm0,51$ и $25,67\pm1,09$ соответственно) подчеркивает неблагоприятность течения шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией и указывает на формирование дефекта психики.

Отдельно изучались основные симптомы депрессии (депрессивное настроение, чувство вины, суицидальные намерения, расстройства сна, ипохондрия); тревоги (психическая тревога, соматическая тревога); соматические эквиваленты депрессии (общие соматические симптомы, гастроинтестинальные соматические симптомы, генитальные симптомы, расстройства аппетита и потеря в весе), нейрокогнитивные симптомы (работоспособность, мыслительная и двигательная активность, ажитация, критичность отношения к болезни, особенности мышления и речи).

Выявлено, что клинические проявления шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией, характеризовались большей выраженностью симптомов тревоги и депрессии, общих соматических симптомов, наличием нейрокогнитивного дефицита по сравнению с контрольной группой. В таблице 2 представлена степень выраженности депрессивной симптоматики у пациентов мужского пола, страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией в сравнении с пациентами контрольной группы.

Таблица 2

**Сравнение выраженности депрессивной симптоматики у мужчин
основная («А») и контрольная («В») группы**

Параметры шкалы HDRS	Средние значения		U	p
	(«А») $M\pm m$	(«В») $M\pm m$		
Депрессивное настроение	2,40±0,35	1,07±0,21	49,5	0,009
Чувство вины	1,20±0,42	0,40±0,13	90,0	0,35
Суицидальные намерения	1,53±0,24	0,13±0,09	22,0	0,0002
Ранние нарушения сна	1,53±0,27	0,80±0,20	67,5	0,06
Среднее нарушение сна	2,33±0,19	0,87±0,32	42,5	0,004
Позднее нарушение сна	2,27±0,30	1,93±0,40	99,0	0,57
Работоспособность и активность	2,73±0,25	2,07±0,27	77,0	0,14
Ажитация	0,80±0,11	1,13±0,09	78,0	0,15
психическая тревога	1,60±0,19	1,13±0,22	77,5	0,15
соматическая тревога	2,00±0,20	0,60±0,13	13,5	<0,0001
гастроинтестинальные соматические симптомы	0,27±0,15	0,47±0,19	97,0	0,52
Общие соматические симптомы	2,38±0,19	0,85±0,32	42,7	0,004
генитальные симптомы	1,13±0,09	0,40±0,13	82,5	0,21
ипохондрия	2,00±0,20	0,60±0,13	13,5	<0,0001
потеря в весе	2,73±0,37	2,40±0,43	101,5	0,65
критичность отношения к болезни	2,93±0,27	2,00±0,15	96,5	0,51
Замедленность мышления речи	2,93±0,28	1,07±0,21	49,5	0,0001
Тяжесть депрессии по шкале Гамильтона	28,60±1,05	19,93±1,37	18,5	<0,0001

У мужчин, страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией (табл. 2), значимо более выражены депрессивное настроение ($p=0,009$), суицидальные намерения ($p=0,0002$), средние нарушения сна ($p=0,004$), ипохондрия ($p<0,0001$), а также депрессивная симптоматика в целом (общий балл HDRS, $p<0,0001$) в сравнении с группой «В». Нарушения сна преимущественно характеризовались частыми пробуждениями, поверхностным сном, вставанием с постели среди ночи и трудностями последующего засыпания, что в целом влияло на качество сна больных основной группы «А» и усугубляло астено-депрессивную симптоматику. Таким пациентам чаще назначалась дополнительная терапия седативными или снотворными препаратами, бензодиазепинами. Так же у пациентов группы «А» преобладали симптомы соматической тревоги и общесоматические симптомы в целом, по сравнению с контрольной группой ($p<0,0001$ и $p=0,004$ соответственно). Данные симптомы можно объяснить сосудистым компонентом тревожной симптоматики. Нейрокогнитивные симптомы характеризовались наличием замедленности мыслительных процессов,

нарушениями инициации деятельности, трудностями удержания элементарных программ, на фоне патологии мыслительной деятельности в виде расстройств операциональной стороны мышления со снижением уровня и/или искажением процесса обобщения, нарушениями личностного и динамического компонента мышления с большей выраженностью у пациентов, страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией ($p=0,0001$). Так же, пациенты, группы «А» демонстрировали больше симптомов ипохондрии, в сравнении с контрольной группой ($p<0,0001$), что, учитывая вышеперечисленные симптомы, обусловлено худшим субъективным и соматическим самочувствием больных данной группы.

У женщин изучаемые параметры так же имели значимые отличия в группах сравнения. В таблице 3 представлена степень выраженности депрессивной симптоматики шизофрении у пациенток группы «А» в сравнении с пациентками контрольной группы.

Таблица 3

**Сравнение выраженности депрессивной симптоматики у женщин
основная («А») и контрольная («В») группы**

Параметры шкалы HDRS	Средние значения		U	p
	(«А») $M\pm m$	(«В») $M\pm m$		
Депрессивное настроение	2,13 $\pm$ 0,31	0,73 $\pm$ 0,12	37,0	0,001
Чувство вины	2,13 $\pm$ 0,32	0,40 $\pm$ 0,13	27,0	0,0002
Суицидальные намерения	1,20 $\pm$ 0,30	0,47 $\pm$ 0,27	69,0	0,04
Ранние нарушения сна	1,07 $\pm$ 0,32	0,67 $\pm$ 0,29	94,5	0,40
Среднее нарушение сна	1,27 $\pm$ 0,36	2,20 $\pm$ 0,31	67,0	0,052
Позднее нарушение сна	1,80 $\pm$ 0,26	1,73 $\pm$ 0,23	107,0	0,81
Работоспособность и активность	2,13 $\pm$ 0,26	2,33 $\pm$ 0,29	101,5	0,63
Ажитация	2,40 $\pm$ 0,35	1,07 $\pm$ 0,21	49,5	0,009
психическая тревога	2,93 $\pm$ 0,28	1,07 $\pm$ 0,21	49,5	0,0001
соматическая тревога	2,93 $\pm$ 0,28	1,07 $\pm$ 0,21	49,5	0,0001
гастроинтестинальные соматические симптомы	0,07 $\pm$ 0,07	0,33 $\pm$ 0,13	82,5	0,07
Общие соматические симптомы	2,38 $\pm$ 0,13	0,87 $\pm$ 0,32	42,5	0,004
генитальные симптомы	0,20 $\pm$ 0,11	0,20 $\pm$ 0,11	112,5	1,0
ипохондрия	0,53 $\pm$ 0,19	0,47 $\pm$ 0,13	112,0	0,98
потеря в весе	1,73 $\pm$ 0,18	2,20 $\pm$ 0,17	75,5	0,08
критичность отношения к болезни	3,07 $\pm$ 0,18	3,33 $\pm$ 0,19	89,0	0,29
Замедленность мышления речи	2,47 $\pm$ 0,31	2,00 $\pm$ 0,17	70,5	0,06
Тяжесть депрессии по шкале Гамильтона	27,00 $\pm$ 1,24	19,93 $\pm$ 1,37	18,5	<0,0001

Исходя из данных таблицы 3, у женщин страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией по сравнению с группой контроля «В», более значимо выражены такие проявления депрессии, как депрессивное настроение ($p=0,001$), чувство вины ($p=0,0002$), суицидальные намерения ($p=0,04$). В отличие от мужчин, у женщин основной группы отмечались более выраженные симптомы тревоги, как психической ($p=0,0001$), так и соматической ($p=0,0001$), по сравнению с контрольной группой. Данные симптомы можно объяснить сосудистым компонентом тревожной симптоматики. Статистически достоверными были и проявления ажитации со значимо большей выраженностью у женщин группы «А» по сравнению с пациентками контрольной группы ($p=0,009$). Что, вероятно обусловлено в большей степени сосудистым компонентом коморбидного заболевания, а не клиническими проявлениями шизофренического процесса. Так же у пациенток основной группы преобладали общесоматические симптомы в целом, по сравнению с группой «В» ($p=0,004$). Таким образом, наличие коморбидного состояния утяжеляет субъективное самочувствие больных шизофренией. Депрессивная симптоматика в целом была более выраженной у женщин страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией (общий балл HDRS, $p<0,0001$) в сравнении с пациентками, страдающими шизофренией, неотягощенной соматической патологией. Был проведен анализ медицинской документации с фиксацией объема психофармакотерапии на момент обследования. Выделялись основные варианты психофармакотерапии – монотерапия (атипичный антипсихотик (АА), традиционный антипсихотик (ТА)), комбинированная терапия (АА+ТА, ТА+ антидепрессант ИОЗС, ТА+ нормотимик), полифармация с включением нескольких атипичных антипсихотиков (АА), традиционных антипсихотиков (ТА), препаратов лития, корректоров экстрапирамидных симптомов, сопутствующей терапии соматического профиля. Схемы психофармакотерапии, включавшие комбинации клозапина с другими психотропными средствами относились к (АА+).

Суммарный анализ назначаемости психотропных препаратов в основной группе и группе сравнения представлен в таблице 4.

Таблица 4

**Частота назначения психотропных препаратов у пациентов
обоих полов, основная («А») и контрольная («В») группы,
в период основного и поддерживающего лечения**

Препараты	«А»		«В»		φ*	p
	Абс.	%	Абс.	%		
Основное лечение						
Монотерапия	1	3,3	1	3,3	0,0	>0,05
АА+ТА	2	6,7	8	26,7	2,177	<0,05
ТА+ИОЗС	0	0,0	0	0,0	-	-
ТА+нормотимик	0	0,0	3	10,0	-	-
Полифармация	27	90,0	18	60,0	2,812	<0,01
Препараты лития	2	6,7	0	0.0	-	-
Корректоры ЭПС	19	63,3	10	33,3	2,363	<0,01
Поддерживающее лечение						
Монотерапия	2	6,7	7	23,3	1,871	<0,05
АА+ТА	8	26,7	6	20,0	0.616	>0,05
ТА+ИОЗС	1	3,3	1	3,3	0,0	>0,05
ТА+нормотимик	4	13,3	7	23,3	1,007	>0,05
Полифармация	14	46,7	9	30,0	1,340	>0,05

Как продемонстрировано в таблице 4, у пациентов группы «А» значимо ($p < 0,01$) выше частота полифармации, чем у пациентов с шизофренией, неотягощенной соматической патологией. В связи с худшей переносимостью терапии и наличием большего количества побочных явлений, они чаще ($p < 0,01$), получали корректоры экстрапирамидных симптомов, чем больные с группы «В». Полученные данные сопоставимы с данными литературы, в которых описана большая распространенность и выраженность экстрапирамидных побочных эффектов психофармакотерапии у амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, в сравнении с общей популяцией амбулаторных больных шизофренией [8]. В то же время пациенты группы «В» достоверно чаще получали сочетанную терапию «атипичный антипсихотик + традиционный антипсихотик» ($p < 0,05$), а в период поддерживающего лечения – достоверно чаще монотерапию, ($p < 0,05$). **Таким образом, в результате проведенного исследования, подтверждено**, что наличие коморбидности шизофрении с артериальной гипертензией ухудшает переносимость психофармакотерапии у больных шизофренией. Отсутствие монотерапии антипсихотиком в виде поддерживающего лечения у пациентов, страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией свидетельствует о более низком качестве ремиссий.

Выводы

1. Клинические проявления шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией, характеризуются большей выраженностью депрессии с ипохондрическими и тревожными симптомами, нейрокогнитивным дефицитом, низким качеством ремиссий ($p < 0,01$).
2. Выявлены гендерные отличия клинических проявлений шизофрении, коморбидной с артериальной гипертензией. У мужчин, чаще ($p < 0,01$) отмечается наличие негативных симптомов заболевания (86,7%) по сравнению с контрольной группой (33,3%), нейрокогнитивных симптомов, ипохондрической симптоматики ($p < 0,05$). У женщин чаще встречались симптомы тревоги (46,7%), раздражительности и агрессивного поведения (33,3%) по сравнению с контрольной группой, ($p < 0,05$). В период формирования ремиссии сохранялись выраженные негативные симптомы заболевания как у мужчин, так и у женщин ($28,27 \pm 0,51$ и $25,67 \pm 1,09$ соответственно) страдающих шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией.
3. Выявлены худшая переносимость психофармакотерапии, фармакорезистентность и интолерантность к психотропным средствам, большее назначение корректоров побочных экстрапирамидных симптомов ($p < 0,01$), тотальная полифармация ($p < 0,01$) у больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией.

4. Перспективным направлением является изучение возможности снижения частоты развития неблагоприятных сердечно-сосудистых явлений у больных шизофренией при различных вариантах антипсихотической терапии.

Литература

1. Fleischhacker W., Cetkovich-Bakmas M., De Hert M. et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges//J Clin Psychiatry. – 2008. – 69. – P. 514–519
2. Третьяков А. Ю. Артериальная гипертония при шизофрении – модель доброкачественной трансформации соматической патологии//Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2006. – С. 56–62
3. Подвигин С. Н., Ширяев О. Ю., Алехина О. Д. и др. Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертонией. Современное состояние проблемы//Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35 С 23–24.
4. Hennekens C. H., Hennekens A. R., Hollar D. et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease//Am Heart J. – 2005. – 150. – P. 1115–1121.
5. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness [CATIE]//psychiatrist.com/abstracts/200702/0207e05.htm
6. Andeasen N. C., Carpenter W. T. Jr, Kane J. M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus.//Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.
7. Lieberman J. A. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia/J. A. Lieberman, T. S. Stroup, J. P. McEvoy et al.//N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 353, No. 12. – P. 1209–1223.
8. Подвигин С. Н., Полозова Т. М. Распространенность и выраженность экстрапирамидных побочных эффектов психофармакотерапии у амбулаторных больных шизофренией, коморбидной с артериальной гипертонией.//Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010. – С. 112–116.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ТЕРАПІЇ ШИЗОФРЕНІЇ,
КОМОРБІДНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

В. А. Вербенко

Резюме: проведено вивчення особливостей клінічних проявів захворювання та нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію, коморбідну з артеріальною гіпертензією. Оцінено ефективність та безпеку психофармакотерапії шизофренії, коморбідної з артеріальною гіпертензією.

**SPECIFIC THE PSYCHOPATHOLOGY AND TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA WITH
COMORBIDITY ARTERIAL HYPERTENSION**

V. A. Verbenko

НООГЕННИЙ НЕВРОЗ, ЯК ТРИГЕР АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ*К.В. Аймедов*

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Сучасний період життя суспільства характеризується ризиком збільшенням швидкості інформаційних процесів, що в свою чергу впливає на соціально-політичні, соціально-економічні, культурні та психологічні умови життя людини [1]. Тобто, йдеться про зміну параметрів ноосфери як інформаційного середовища (інформаційно-ментально-емоційного та аксіологічного). Подібний шлях розвитку, це умовна гонка за створенням нових технологій за короткий строк, при цьому, як правило, людина не встигає використати те, що вже створено, й навіть не ставить таке завдання, що в загалі є виснажливим для особистості процесом, оскільки психологічним рефреном емоційного стану у цьому випадку стає страх «не встигнути» та «не відповідати нормам» [2]. Перебуваючи тривалий час у цій динамічній нерівновазі психоемоційна сфера стає не рівноважною. І в подібних сучасних умовах стрімкої зміни середовища «деградує» етична складова оцінки та самооцінки людського буття, тобто людині вже не до етичних міркувань, головне «встигнути».

Якщо відстежувати людське буття не тільки у трьох вимірах – психічному, соматичному та соціальному, але й у четвертому – у духовному, – прийдеться погодитися, що у цьому вимірі також можуть коренитися передумови неврозів. Загальновідомо: на невроз може захворіти людина, яка перебуває у напрузі конфлікту із совістю або під тиском духовних проблем. Також, може захворіти на невроз людина, що переживає екзистенціальну кризу, при тому, що інших вказівок на дистрес у її житті ми не знаходимо. Існують екзистенціальні кризи дозрівання, які за своїми проявами укладаються в клінічну картину неврозів, не будучи неврозами у вузькому значенні слова, тобто в значенні психогенного захворювання [3]. Є очевидним, що людина, яка відчуває на собі тиск духовної проблеми або напругу внаслідок конфлікту із совістю, відреагує на етичну проблему зміною самопочуття, емоцій та вегетативної регуляції, як невротик у «класичному» значенні поняття [4].

Отже, шлях формування нооневрозу відрізняється від механізму, прийнятого за основу академічною наукою [5]. Йдеться не про психогенез, а про ноогенез. Ноогенні неврози виникають не через конфлікти між потягами та свідомістю, а через конфлікти між різними цінностями; інакше кажучи, вони є результатом моральних конфліктів або, узагальнюючи, духовних проблем й значне місце серед таких проблем займає екзистенціальна фрустрація [6]. Духовні проблеми, такі як прагнення людини до осмисленого існування або фрустрація цього прагнення, доцільно трактувати у духовному ключі. З цього випливає, що і терапія ноогенних неврозів має будуватися на ґрунті духовного. Замість того, щоб простежувати їх до несвідомих корінь і джерел, зводити до рівня інстинктів, логотерапія щиро й серйозно приймає їх. Страждання не завжди є патологічним явищем і не тільки може не бути симптомом неврозу, а, навпаки, може бути досягненням людини, особливо якщо виникає внаслідок екзистенціальної фрустрації. З огляду на нооневрози, страждання несе у собі потужний саногенетичний імпульс.

В.Н. Колесников вважає, що ноогенний невроз – це втрата смаку до життя, і він може бути викликаний відсутністю сенсу життя або неможливістю його реалізувати, що породжує в людини стан екзистенціального вакууму, який виражається в апатії, депресії й втраті інтересу до життя [7]. Однак, є й інша точка зору на психологічний механізм, пов'язаний із втратою сенсу життя. К.О. Обухівський припускає, що незадоволення потреби сенсу життя виявляється у станах напруги й може, як і у випадку фрустрації інших потреб, вести до більше або менше вираженим нервовим розладам (апатія й депресія – далеко не єдині можливі реакції) [8]. Тому автор використовує терміни «екзистенціальна фрустрація» і «екзистенціальні неврози», які розвиваються часто ідентично тим, в підґрунті яких лежить фрустрація інших людських потреб й за статистикою вони складають від 14 до 21% усіх неврозів та в переважній більшості випадків зустрічаються у жінок [9], але знову, це далеко не завжди передбачає втрату «смаку до життя» і зовсім не обов'язковий суїцид [10].

Дослідник А. Маслоу запровадив розділення нижчих та вищих потреб, маючи у виду при цьому, що задоволення нижчих потреб є необхідною умовою для того, щоб були задоволені й вищі, при цьому до вищих потреб він зараховує й прагнення до сенсу, називаючи його навіть при цьому «первинним людським спонуканням» [11]. Однак, це звелось, до того, що людина починає цікавитися сенсом життя лише тоді, коли життя в нього влаш-

товане («спочатку їжа, потім мораль»), але суперечить цьому те, що ми маємо можливість спостерігати у житті: потреба й питання про сенс життя виникає саме тоді, коли людині живеться гірше нікуди. Свідомістю тому є уцілілі колишні в'язні концтаборів і таборів для військовополонених [12]. Разом з тим, зрозуміло, не тільки фрустрація нижчих потреб породжує питання про зміст, але й задоволення нижчих потреб, зокрема у «суспільстві достатку».

Саме тут ми зустрічаємося з феноменом, який В. Франкл вважає фундаментальним для розуміння людини: самотрансценденцією людського існування! За цим поняттям стоїть той факт, що людське буття завжди орієнтоване зовні на щось, що не є їм самим, на щось або на когось: на зміст, значення, яке необхідно здійснити, або на іншу людину, до якої ми тягнемось, наприклад, з коханням [13]. У служінні справі або кохання до іншого людина створює себе, чим більше вона віддає себе справі та своєму партнерові, тем більшою мірою вона є людиною й собою. Таким чином, вона, за суттю, може реалізувати себе лише у тій мірі, в якій вона не звертає увагу на себе [14].

За цими двома слідствами важливо не пропустити й не забути третє, а саме: появу специфічних невротичних захворювань, які позначаються як «ноогенні неврози». На відміну від неврозів у вузькому значенні слова, що є, по визначенню, психогенними захворюваннями, ноогенні неврози виникають не з комплексів та конфліктів у традиційному змістові слова, а з каяттів совісті, із ціннісних конфліктів і – не в останню чергу – з екзистенційної фрустрації, проявом та втіленням якої може у тому або іншому випадку виступати невротична симптоматика.

Пошуки сенсу життя або навіть сумнів у ньому не завжди викликані хворобою або народжують її. Екзистенційна фрустрація сама по собі ні є патологічною, чи патогенною. Заклопотаність або навіть розпач, які людина відчуває через нікчемність свого життя, – це духовне страждання, але ніяким чином не психічне захворювання. Інтерпретуючи перше у термінах останнього, лікар може поховати екзистенційний розпач пацієнта під горою пігулок, тоді як насправді його завдання полягає у тому, щоб провести пацієнта через екзистенційну кризу зросту. Така терапія фокусується саме на духовних або гуманістичних цінностях.

Виходячи з наведеного вище літературного аналізу та власного практичного досвіду, можна припустити, що в основі аддиктивної поведінки полягає саме ноогенний невроз, який у свою чергу, виступає у ролі «триггеру», що запускає саморуйнівну поведінку по уповільненому шляху, тобто, як засіб компенсації наявних порушень з боку мозкового гомеостазу. Відомо, що звичайний шлях залежного – це практично «втеча» від власних, пов'язаних з відсутністю креативної мети проблем до віртуального світу формалізованих соціальних стосунків. Людина, яка звикла шукати найлегших шляхів за аналогією з відомим у фізиці принципом найменшої дії, підсвідомо прагне не докладати зусиль щодо поточної трансформації докучливої екзистенції або бурхливої самореалізації, а робить спробу змінити картину реального векторного простору свого життя, тобто, поміняти одну «світлинку» на іншу, чорно-білу на кольорову й решті решт відбувається формування нового стану свідомості. Чи не найлегший із шляхів для досягнення цього – адиктивна поведінка? Алкоголь, наркотичні засоби, занурення у віртуальний світ – все це на деякий час робить недоступними для свідомості реалії сьогодення.

Залежна особа намагається втекти від наслідків власної життєдіяльності, але куди? Вибір – вкрай обмежений. Типовим варіантом такої втечі є адиктивна поведінка (*addictive behavior*) – різновид деструктивної поведінки, яка виявляється у прагненні відходу від реальності шляхом або «хімічної» зміни свого психічного стану, або постійної фіксації уваги на певних об'єктах, або активної діяльності, яка супроводжується розвитком інтенсивних емоцій [6, 15]. Залежність від алкоголю, наркотичних речовин та тютюнопаління вже давно відомі людству, але нові явища, які є різновидами нехімічної адикції потребують все більшої уваги як з боку лікарів, так і всього суспільства, насамперед через наслідки, до яких призводить будь яка поведінкова залежність. Така адиктивна поведінка є засобом зміни реальності, втечі від існуючої дійсності з усіма її проблемами. Наприклад, у рольовій комп'ютерній грі, яка є показовою у цьому сенсі, людина повністю втрачає самоідентифікацію та перетворюється у нову істоту з зовсім іншими параметрами (толкіністи, кіберготи тощо). Ігрова адикція відповідає «класичним» критеріям залежності: психічна залежність з ангедонією та відчуттям внутрішньої пустоти при відсутності доступу до гри (ігрових автоматів); байдужість долюбих видів діяльності, окрім азартних ігор. Чітко ідентифікується первинний потяг: передчуття азарту, захоплююче балансування на межі

«виграш-програш», загострення бажання грати у ситуаціях екзистенціальних стресів. Синдром зміненої реактивності при ігровій залежності – це швидке наростання толерантності, що регулюється ступенем доступності гри для індивідууму, зміна картини «інтоксикації» грою (тривога, тахікардія, гіперемія обличчя, речове збудження, легкий тремор у руках), різке посилення потреби у холіномиметиках (нікотин), симптоми дереалізації, зміна ритму участі в іграх, симптом втрати контролю. Є в поведінкових аддиктивів і класичний синдром відміни, який у патологічних гравців розвивається вже на 3–5 добу від моменту останньої участі в грі або «спілкування» з ігровими автоматами. Він проявляється як непереборний потяг до звичної гри, дратівливість і внутрішній дискомфорт, аутизація особистості, виражені ознаки тривожної депресії, надцінні ідеї збитку, ілюзорне сприйняття оточуючого, інсомнія, серцебиття, загострення захворювань із хронічним перебігом і посилення уваги суб'єкта до симптомів цих захворювань, кошмарні сновидіння.

Повертаючись до предметної площини ноетики, яка у разі лудоманії дещо розширюється за рахунок впливу ефекту віртуалізації інтрапсихічного простору, треба наголосити, що йдеться, насамперед, про особливу уразливість гемблерів у суспільстві з соціальної, медичної, юридично-правової, етичної, філософсько-культурної та екзистенційної точок зору через певну «мобільність», яку умовно можна поділити на:

- «інтрапсихічну», позаяк існує переключення режимів функціонування психіки гемблера з «нормального» на віртуальний [16];
- «коморбідну», позаяк гемблінг має надвисоку коморбідність з іншими психічними розладами, яка, за оцінками фахівців, сягає 60% [10];
- «нозологічну», позаяк клінічні прояви, асоційовані із гемблінгом, феноменологічно наближені до розладів як особистості, так і поведінкових; як невротичного, так і психотичного реєстрів.

Почуття, на які скаржилися сьогодні багато аддиктивних пацієнтів, – це почуття повної та очевидної безглуздості їхнього життя. Вони більше не усвідомлюють ніякого змісту, заради якого варто було б жити. Їх переслідує відчуття внутрішньої порожнечі, порожнечі власного буття; вони залишилися в ситуації екзистенційного вакууму, що став доволі розповсюдженим явищем. Традиції, що служили опорою, швидко втрачають силу. Зростає тиск нудьги, яка створює не меншу проблему, ніж матеріальний нестаток. Процес інформаційного насичення виробництва, як це не дивно, звільняє для більшості людей додатковий час. Відсутність духовної спрямованості робить його вакуумом, який заповнюється тим стереотипом, який є біологічно детермінованим, найчастіше – аддиктивною поведінкою, а у контексті цього дослідження – патологічним потягом до гри.

Таким чином, адиктивну поведінку потрібно розглядати з урахуванням екзистенціального вакууму, що є її засною. Іноді фрустрована потреба у сенсі життя компенсується прагненням до влади, включаючи найбільш примітивну його форму – прагнення до збагачення. Це також – адиктивний патерн. В інших випадках місце фрустрованої потреби у змістові займає прагнення до задоволення. До речі, аналогічне явище спостерігається і у клініці неврозів. Патологічна симптоматика «розквітає» на ґрунті екзистенційного вакууму. Заповнення цього вакууму є необхідною передумовою попередження рецидивів. Неможливо знайти абстрактний сенс життя. У кожного своє власне покликання, кожен повинен виплекати у душі своє власне призначення. Отже, важко уявити роботу лікаря-аддиктолога у відриві від духовного чи гуманістичного (залежно від структури особистості) наставництва.

Тепер, коли криза цінностей випередила кризу цін, і стала домінуючою у житті українського суспільства, пацієнт не стільки страждає від почуття неповноцінності (як у епоху А. Адлера), скільки від глибинного почуття внутрішньої порожнечі та нікчемності. У підсумку особа або хоче того ж, чого й інші (конформізм), або робить те, що інші хочуть від неї (тоталітаризм). Втрачається самоідентифікація та її місце займає аддикція й людина, що вже не в змозі знайти зміст життя, так само як і вигадати його, тікаючи від почуття втрати смислу, створює або нісенітницю, або суб'єктивний сенс. Якщо перша відбувається на сцені (клубне життя – той же театр абсурду), то другий з'являється у хмільних мріях та картинах, викликаних за допомогою психоактивних речовин чи віртуальної реальності – реальності рулетки, грального автомату, лотереї або комп'ютерної гри.

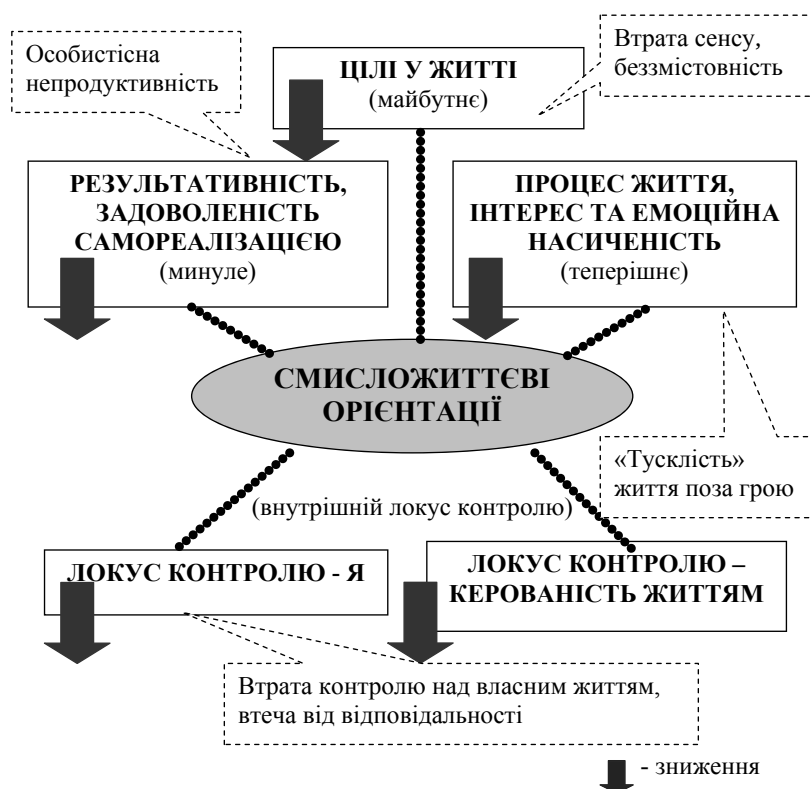
Особистість та її спрямованість є похідними ноосфери, як категорії сучасної інформатики. Розвиток ноосфери зумовлює зміну ноетичної парадигми. Сьогодні очевидним є спрощення системи «людина-природа», яке ініціюється самою людиною та призводить в решті решт до її розбалансування. Ігнорування принципів ноетики стає потужним джерелом руйнування самої людини: бездуховне веде до бездуховності, а це «транспонується» у

нову матрицю – матрицю хвороби.

Саме тому, вивчення життєвих орієнтацій та цінностей стало важливим аспектом дослідження та було продиктоване не лише розумінням формування патологічного потягу до азартних ігор, але і пошуком способів та шляхів його психокорекції.

Нами за опитувальником сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО) було проведено опитування осіб з поведінковими аддикціями та отримано наступні результати. За шкалою «Цілі у житті» опитувані характеризувалися відсутністю цілеспрямованості та чіткої цілі у майбутньому, яка б надавала осмисленості, спрямованості та відчуття часової перспективи. Показники, що відображають задоволеність своїм життям у теперішньому, сприйняття життя як цікавого, емоційно насиченого та наповненого змістом, виявилися як кількісно так і якісно зміненими. Якісні зміни полягали у тому, що пацієнти переживали життя як змістовне та наповнене переважно у моменти реалізації патологічного потягу, важливим ставав процес гри та пов'язана з ним поведінка та емоції, тоді як цінність життя як такого нівелювалася. Наслідком відсутності цілей, переживання беззмістовності життя поза грою, зміщення активності на реалізацію патологічного потягу і відповідно «запущеність» у сімейній, професійній сферах ставала незадоволеність та негативна оцінка прожитого відрізка життя, особистісна неефективність та відсутність продуктивності, що відображалось у низьких показниках шкали «Результативність життя чи задоволеність самореалізацією». Таким чином, у пацієнтів було виявлено зниження показників і порушення сенсожиттєвих орієнтацій, таких як цілі у житті (майбутнє), насиченість життя (зараз) та задоволеність самореалізацією (минуле).

Аддиктивні особи вказували на відсутність цілей у житті, незадоволеність своїм життям у теперішньому, минуле ними оцінювалося також негативно. Найбільш проблемною сферою була суб'єктивна скерованість життям, крім того відзначалася ілюзорність волі вибору в житті та безглуздість будувати плани на майбутнє, що можна побачити на мал. 4.1.



Малюнок 4.1. Схема зміни сенсожиттєвих орієнтацій в аддиктивних осіб

За аналізом цих даних, означено особливості організації сенсожиттєвих орієнтирів у залежних осіб: для всіх пацієнтів залежна діяльність була найбільш значущою подією, відносно якої розверталася побудова всієї схеми життя, що було тим більше виражено, чим довше стаж аддикції.

За методикою «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча нами визначено змістовну сторону спрямованості особистості та складову її відносин до оточуючого світу, інших людей до себе, основу світогляду та ядро мотивації життєдіяльності, а також підґрунтя життєвої концепції (див. мал. 4.2). Також згідно з цією методикою ми мали змогу діагностувати та ранжувати два класи цінностей – термінальні (переконання у тому, що саме кінцева ціль життя є його сенсом) та інструментальні (пере-

конання у тому, що головним для життя є той або інший спосіб дії або та чи інша властивість особистості). Вивчення системи цінностей особистості, яка є основою її світогляду та формує відношення до навколишнього світу, інших людей та власного ставлення до себе, дало наступні результати. Серед життєвих цінностей превалювали виключно інструментальні цінності, тобто цінності-засоби.

До першої п'ятірки обраних термінальних цінностей входили: активна життєва діяльність, цікава робота, здоров'я, матеріально забезпечене життя, наявність хороших



Малюнок 4.2. Життєві цінності

та вірних друзів, суспільне визнання, продуктивне життя, щасливе сімейне життя, любов,



підзнання, розвиток, свобода, впевненість в собі), до інструментальних – високі запити до життя, індивідуалістичні, конформістські та цінності самоствердження.

Таким чином, у залежних осіб виявлено зміни сенсожиттєвих орієнтацій та життєвих цінностей, що виражалося у втраті сенсу життя, повноти та глибини переживань процесу життя як такого, контролю над власними емоціями, думками та здатністю регулювати свою поведінку, особистісну нереалізованість, орієнтування на інструментальні цінності. Описані вище патологічні симптоми пронизували всі сфери життя пацієнтів та значимо впливали на життєвий процес й мали нооетичну складову. Отже, одним з патогенетичних механізмів формування патологічного потягу до об'єкту адикції було нооетичне підґрунтя. На мал. 4.3 схематично відображено вплив зміни сенсожиттєвих орієнтацій та життєвих цінностей на формування ноогенного неврозу в адиктивів.

ВИСНОВКИ:

1. Пошук нооетичного підґрунтя у розвитку залежності за допомогою вивчення сенсожиттєвих та ціннісних орієнтацій обстежених, дозволив встановити, що для аддиктивних характерною була відсутність цілей у житті, незадоволеність власним життям у сьогоденні та найбільш проблемною сферою була суб'єктивна скерованість життям. Також відзначалася ілюзорність волі вибору в житті та безглуздість будувати плани на майбутнє.
2. За проведеним аналізом даних, означено особливості організації сенсожиттєвих орієнтирів у залежних осіб: для всіх пацієнтів залежна діяльність була найбільш значущою подією, відносно якої розверталася побудова всієї схеми життя, що було тим більше виражено, чим довше стаж залежності, також виділялося значне звуження тимчасової перспективи для всіх опитаних й важливим виявлялося лише те, що пов'язане із аддикцією.
3. Вивчення системи цінностей особистості, яка є основою її світогляду та формує відношення до навколишнього світу, інших людей та власного ставлення до себе, надало, що серед життєвих цінностей у залежних превалювали виключно інструментальні цінності, тобто цінності-засоби.
4. Аналізуючи отримані дані з позиції нооетики, можна стверджувати, що у залежних за основу формування аддиктивної поведінки був екзистенційний вакуум, на тлі якого формувалась ноогенна аддиктивна поведінка у вигляді будь якої аддикції, яка виступала у ролі «триггеру», що запуслав саморуйнівну програму через «втечу» від власних, пов'язаних з відсутністю креативної мети, проблем, до віртуального світу формалізованих стосунків, за умовним ігровим циклом «виграш-програш».

Література:

1. Колин К.К. Информационная глобализация общества и гуманитарная революция/К.К. Колин/[Електронний ресурс]/Режим доступу: http://ihtik.lib.ru/philosarticles_dec21dec2006/philosarticles_dec21dec2006_3919.rar
2. Окинава Хартия глобального информационного общества//[Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://www.iis.ru/library/okinawa/charter.ru.html#top>
3. Materials of Fourth national congress on bioethics (with international participation)/(20–23 September 2010, Kyiv, Ukraine).– NASU, NAMSU, Ministry of Public Health of Ukraine.– Kyiv, 2010.– 238 p./[Електронний ресурс]/Режим доступу: http://biomed.nas.gov.ua/files/Final_4Congress_205x295_eng.pdf
4. Иванюшкин А.Я. Биоэтика и психиатрия/А.Я. Иванюшкин//Вопросы философии.– 1994.– № 3. С. 23–27/[Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://www.antidrug.health.am/news/resources/posts/2694/>
5. Запорожан В.М. Нооетика як новий напрямок соціогуманітарної культури і філософії/В.М. Запорожан//Проблеми біоетики.– № 1–2 (5–6).– 2005.– С. 3–10.
6. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Стратегія інноваційного розвитку України на 2010–2020 роки в умовах глобалізаційних викликів»/[Постанова ВР України від 21.10.2010 № 2632-VI]/Документ 2632–17, редакція від 21.10.2010 р./[Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2632-17>
7. Вернадский В.И. Несколько слов о ноосфере/В.И. Вернадский/Философские мысли натуралиста.– М.: Наука.– 1988.– С. 502–511/[Електронний ресурс]/Режим доступу: http://ihtik.lib.ru/philosarticles_dec2006/philosarticles_dec2006_1882.rar
8. Бабаева Ю.Д. Психологические последствия информатизации/Ю.Д. Бабаева, А.Е. Войскунский//Психологический журнал.– 1998.– Т. 19.– С. 89–100.
9. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография]/А.Ю. Егоров.– СПб.: Речь, 2007.– 190 с.
10. Запорожан В.М. Шлях до нооетики/В.М. Запорожан.– О.: Одес. держ. мед. ун-т.– 2008.– 284 с.
11. Аймедов К.В. Нооетична парадигма та поширеність лудоманії/К.В. Аймедов//Матеріали VII наук.-практ. конф. з між нар. участю студентів та молодих вчених «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього».– 2009.– С. 82–83.
12. Ревенок О.А. Віртуалізація гемблінгасоціюваної феноменології у сучасному українському суспільстві (медико-соціальний аспект)/О.А. Ревенок, К.В. Аймедов//Науково-практич. журнал «Архів психіатрії».– 2010.– Т. 16.– № 3 (62) – С. 90–94.
13. Носов Н.А. Параллельные миры: Виртуальная психология алкоголизма/Н.А. Носов, Ю.Т. Яценко//Труды лаборатории виртуалистики. Выпуск № 2.– М.: Институт человека РАН.– 1996.– 128 с.
14. Мельник Е.В. Про природу хвороб залежностей (алкоголізм, наркоманія, «комп'ютероманія» та інші)/Е.В. Мельник.– Одеса: «Чорномор'я», 1998.– 400 с.
15. Войскунский А.Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции/А.Е. Войскунский//2-ая Российская конференция по экологической психологии. [Тезисы].– (Москва, 12–14 апреля 2000 г.).– М.: Экопсицентр РОСС.– С. 251–253.

16. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки/[Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напрєєнко, В.В. Домбровської]/Новости харьковской психиатрии. – Харьков, 2003. – [Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://www.psychiatry.org.ua/books/criteria>

НООГЕННЫЙ НЕВРОЗ, КАК ТРИГГЕР АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К. В. Аймедов

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В работе изложен метаанализ данных, свидетельствующих об особенностях современного характера информационной нагрузки на человека, обсуждаются вопросы экзистенциального вакуума, формирования ноогенных неврозов, появление различных форм зависимого поведения личности. Представлен собственный опыт исследования аспектов формирования аддиктивного поведения.

Ключевые слова: нооэтика, ноогенный невроз, экзистенциальный вакуум, аддиктивное поведение.

NOOGENS NEUROSIS, AS TRIGGER OF ADDICTIVE BEHAVIOR

K. V. Aymedov

The Odessa National medical university

Metaanalysis of information, testifying to the features of modern character of the informative loading on a man is In-process expounded, the questions of existential vacuum, forming of noogens neuroses, appearance of different forms of dependent conduct of personality, come into question. Own experience of research of aspects of forming of addictive behavior is presented.

Keywords: nooetika, noogens neurosis, existential vacuum, addictive behavior.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ И ВРАЖДЕБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. Н. Голоденко, Г. Г. Путятин

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Под угрозой совершения общественно опасных действий принято понимать непосредственную опасность агрессией. Некоторые исследователи агрессивность рассматривают как черту личности. Ряд исследователей оценивают агрессию как реакцию враждебности на созданную фрустрацию, независимо от того, насколько эта фрустрация имеет враждебные намерения. Другие авторы выделяют спонтанную агрессию. Причиной порождения которой являются экстремальные условия, а также – субъективные причины. А. Басс разделил понятия агрессии и враждебности и определил последнюю как «реакцию, развивающую негативные чувства и негативные оценки людей и событий».

Целью нашего исследования явилась количественная оценка агрессивности и враждебности, как поведенческого акта (реакцию), больных шизофренией и здоровых лиц.

Материал и методы исследования

Обследование 80 больных проводилось на этапе развернутых проявлений болезни параноидной шизофренией с эпизодически ремиттирующим типом течения уже находящихся

в стационаре закрытого типа (сроком менее 7 дней). Возраст обследованных (в основном мужчины) был от 23–33 лет. Пациенты были разделены на две группы сравнения: 1 группа (40 человек) – пациенты с длительностью заболевания до 3 лет; 2 группа (40 человек) – пациенты с длительностью заболевания от 5 до 8 лет. Контрольную группу составили здоровые граждане никогда не наблюдавшиеся у психиатра, того же возраста (40 человек).

В качестве инструмента исследования был применен Опросник «Басса – Дарки». При этом между группами рассчитывались различия, достоверность которых оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Способ выражения агрессии и враждебности у всех пациентов 1 группы превышал нормативные значения. Особенно был выражен индекс враждебности (ИВ) $\Sigma 18 \pm 2$ баллов, 100% от максимального показателя), по относящимся к нему шкалам почти все пациенты набирали максимальное количество баллов. Индекс агрессивности (ИА) был выражен менее (агрессия – $\Sigma 28 \pm 2$ баллов, 82%). Средние значения по шкале «обида» равнялось $\Sigma 8 \pm 1$ баллов (100%), по шкале «подозрительность» – $\Sigma 10 \pm 1$ баллов (100%). Эти шкалы заняли первое место, по выраженности среди остальных. Второе место – «вербальная агрессия» ($\Sigma 12 \pm 2$ баллов, 92%) и «раздражение» ($\Sigma 9 \pm 3$ баллов, 82%). Менее всего была выражена «физическая агрессия» ($\Sigma 7 \pm 1$ баллов, 70%).

Средние значения ИА и ИВ во 2 группе пациентов не превышал нормативные значения (агрессия – $\Sigma 19 \pm 3$ баллов, 56%; враждебность – $\Sigma 7 \pm 4$ баллов, 39%). Только у 6 больных (15%) эти показатели были выше нормы (агрессия – $\Sigma 27 \pm 2$ баллов, 79%; враждебность – $\Sigma 17 \pm 2$ баллов, 94%). Причем, особенно выделялся ИВ. На первом месте стояла шкала «подозрительность» ($\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 100%), второе место делили «раздражение» ($\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 91%), «обида» ($\Sigma 7 \pm 1$ баллов, 87%) и «вербальная агрессия» ($\Sigma 11 \pm 1$ баллов, 85%), последнее место по выраженности занимала шкала «физическая агрессия» ($\Sigma 6 \pm 1$ баллов, 60%). В клинической картине этих больных на момент тестирования наблюдалась выраженная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, с ведущим синдромом «Психического автоматизма». У остальных пациентов 2 группы (34 человека, 85%) эти показатели не превышали нормативных (агрессия – $\Sigma 17,5 \pm 3$, 50%; враждебность – $\Sigma 5 \pm 3$, 28%), причем у 10 (25%) из них они были низкими, что говорит об отсутствии тенденции к агрессии и враждебности (агрессия – $\Sigma 13 \pm 3$, 38%; враждебность – $\Sigma 3 \pm 2$, 17%).

В контрольной группе среднее значение ИА был несколько выше нормативного показателя ($\Sigma 26,5 \pm 4$ баллов, 78%), а значение ИВ не превышал нормы ($\Sigma 9 \pm 3$ баллов, 50%). У 18 (45%) испытуемых уровень враждебности и агрессивности соответствовал нормативным значениям (агрессия – $\Sigma 23 \pm 2$ баллов, 68%; враждебность – $\Sigma 5 \pm 2$ баллов, 28%), у остальных 22 (55%) испытуемых эти показатели были высокими, особенно был выражен ИА (агрессия – $\Sigma 29 \pm 3$ баллов, 85%; враждебность – $\Sigma 12 \pm 2$ баллов, 67%). Первое место по интенсивности среди шкал занимали «раздражение» ($\Sigma 10 \pm 3$ баллов, 91%) и «физическая агрессия» ($\Sigma 9 \pm 2$ баллов, 90%), второе место разделили «вербальная агрессия» ($\Sigma 10 \pm 2$ баллов, 77%) и «обида» ($\Sigma 6 \pm 2$ баллов, 75%), шкала «подозрительность» находилась на третьем месте ($\Sigma 6 \pm 1$ баллов, 60%).

Достоверные различия в выраженности ИА были выявлены между 1 и 2 группами и, 2 и контрольной группами ($p < 0,05$); различия между 1 и контрольной группами были недостоверными ($p > 0,05$). Достоверные различия в выраженности ИВ были выявлены между 1 и 2 группами и 1 и контрольной группами ($p < 0,05$); различий между 2 и контрольной группами выявлено не было ($p > 0,05$).

После проведенного исследования больных шизофренией и здоровых лиц, на предмет количественной оценки выраженности агрессии и враждебности, как поведенческого акта, можно сделать следующие выводы:

1. для недавно заболевших пациентов ситуация госпитализации, вероятно, является стрессовой и это проявляется выраженностью вербальной агрессии, враждебности, раздражения с низким уровнем физической агрессии;
2. для длительно болеющих пациентов ситуация госпитализации является более привычной, что не вызывает повышения уровня агрессивности и враждебности, и лишь у некоторых пациентов с выраженной психопатологической симптоматикой уровень враждебности повышался за счет подозрительности, раздражения, обиды со слабо выраженной физической агрессией;
3. для здоровых испытуемых характерен высокий уровень физической агрессии и раздражения, с меньшей выраженностью вербальной агрессии и обиды.

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ ФОРМ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Є. Г. Гриневич¹, А. М. Кожіна², М. В. Маркова³, В. С. Первий⁴, В. В. Дворніков⁵

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупіка¹

Харківський національний медичний університет²

Харківська медична академія післядипломної освіти³

ТОВ «Гранд-клінік», м. Дніпропетровськ⁴

Кременчуцький національний університет імені М. Остроградського⁵

Ключові слова: тривожні розлади, внутрішнє уявлення про власне Я, система світосприйняття, диференційна психодіагностика.

Резюме: у статті наведено результати всебічного багатофакторного компаративного аналізу даних комплексного міждисциплінарного дослідження 144 чоловіків з різними нозологічними формами тривожних розладів стосовно виділення індивідуально-психологічних та клінічних показників як інформативних маркерів диференційно-діагностичного та психотерапевтичного процесів у таких хворих.

Тривожні розлади (ТР) належать до найбільш поширених форм психічної патології. Епідеміологічні дослідження свідчать про виникнення тривожних станів протягом життя більш ніж у чверті популяції [1–3]. В свою чергу, на різноманітні види ТР страждає від 15 % до 18 % дорослого населення у світі [4–7]. За даними медичної статистики МОЗ України за 2010 рік, невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади (до структури яких входить тривожно-фобічна симптоматика) посідали третє місце в загальній захворюваності на психічні розлади після патології, що зумовлена вживанням психоактивних речовин [8, 9].

Хворі на ТР складають 30 % осіб, що звертаються до лікарів загальномедичної практики. Несприятливою тенденцією також є збільшення долі молодих осіб, що страждають на тривожно-фобічні розлади. Пов'язана з цією патологією втрата працездатності та витрати на лікування [4, 10] зокрема, через ризик формування різних форм хімічної залежності, обтяження перебігу соматичних захворювань [11–15] створюють серйозну проблему не тільки для охорони здоров'я, але для суспільства в цілому.

Діагностика та терапія тривожно-фобічних розладів є складним завданням. Це обумовлено неоднорідністю структурних сполучень тривожної та фобічної симптоматики, різною представленістю афективних, сенсорних, вегетативних, ідеаторних та інших компонентів. Багатофакторність етіопатогенетичних механізмів ТР підтверджує необхідність мультидисциплінарного підходу до їх дослідження з позицій поєднання психопатологічного, біохімічного, нейрофізіологічного і соціально-психологічного аспектів [16, 17].

Слід вказати, що у цілому група ТР характеризується певною загальністю через велику значущість в їх формуванні психотравмуючих факторів на тлі специфічної генетичної схильності. Такі особливості тривоги, як реактивність, нестабільність проявів і динаміки, неспецифічність, визначають варіабельність форм тривожних розладів, що потребує розробки нових ефективних і безпечних терапевтичних заходів [10, 21].

Проблема ідентифікації провідних індивідуально-психологічних та клінічних ознак різних ТР, незважаючи на велику кількість наукових робіт, залишається актуальною і недостатньо вивченою. Подальшого дослідження потребують особливості взаємовідношень психопатологічних, біохімічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних аспектів ТР. Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: оптимізація диференційно-діагностичного процесу хворих з різними нозологічними формами тривожних розладів на основі всебічного багатофакторного компаративного аналізу результатів їх комплексного міждисциплінарного дослідження щодо оцінки індивідуально-психологічних та клінічних показників як інформативних маркерів подальших психотерапевтичних втручань.

Методи дослідження: психодіагностичний, клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, біохімічний (імуноферментний) та методи математичної статистики.

Діагностику ТР проводили згідно з клінічних критеріїв МКХ-10. Для квантифікованої оцінки клінічних даних використовували опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [22, 23] Окрім того враховували результати, що були отримані нами за шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised; IES-R) [24, 25].

Особливості клініко-біохімічної комбінаторики процесів обміну адаптаційно-релевантних речовин при ТР визначали за допомогою встановлення вмісту у плазмі/сироватці крові: адренкортикотропного гормону (АКТГ) набори фірми «DSL» (США), кортизолу – «Алкор-Био» (Росія), мелатонину – «IBL» (Германія), α_1 -тимозину – «Immunodiagnostik» (Германія), лейенкефалину – «MD Biosciences» (США) і нейропептиду Y – «Peninsula» (США).

Іманентне відношення до власного Я, а також внутрішні особливості реагування особистості на різноманітні життєві ситуації встановлювали за методикою оцінки індексу функціонування Self-системи (ІФСС) [26]. За опитувальником Р. Плутчіка – Х. Келлермана [27] досліджували стан системи механізмів психологічного захисту (МПЗ), провідні типи МПЗ, їх ступень напруги. Оцінку типів акцентуації хворих на ТР проводили за допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека [28]. Особистісну схильність до виникнення тривожних реакцій встановлювали за шкалою особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.А. Ханіна [29].

Обробку одержаних даних здійснювали за допомогою дисперсійного, кореляційного та факторного аналізу [30, 31] на ПЕОМ з використанням програм «SPSS 15.0» та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003».

Основним критерієм включення пацієнта в дослідження була наявність психічного розладу за діагностичною категорією F4 («Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади») МКХ-10. При цьому хворі з коморбідною соматичною або ендокринною патологією були виключені з дослідження та відібрані 144 особи (із 157 чоловіків з ТР) віком від 18 до 65 років.

Клінічна картина психічних розладів цих пацієнтів була представлена тривожною симптоматикою у межах кластеру F41 («Інші тривожні розлади», рубрика F41.1), її сполученням з фобічною – F40 («Тривожно-фобічні розлади», F40.01, F40.2), а також поєднанням тривоги і депресії (при ідентифікованому психосоціальному стресі) – F43 («Реакція на важкий стрес та порушення адаптації», F43.22).

Стратифікацію на групи проводили за вказаними нозологічними формами ТР: до першої групи увійшло 37 пацієнтів з діагнозом агорафобія з панічним розладом (F40.01) (АПР). Другу склали 28 хворих на специфічні (ізолювані) фобії (F40.2) (СФ), третя включала 37 чоловіків з генералізованим тривожним розладом (F41.1) (ГТР), а четверта – 42 особи з адаптаційними розладами, змішаною тривожно-депресивною реакцією (F43.22) (ЗТДР). Середній вік обстежених, відповідно до груп, складав $34,76 \pm 1,88$; $36,86 \pm 2,07$; $37,68 \pm 2,07$; $36,57 \pm 1,97$ років.

Результати дослідження та їх обговорення.

Програма дослідження була побудована на основі наступної *наукової гіпотези*: особистісний радикал (уявлення про власне Я, система світосприйняття особи) є провідною складовою формування, клінічних варіантів та динаміки ТР.

Схема дизайну проведеного дослідження щодо встановлення найбільш інформативних ознак для верифікації та диференційної діагностики ТР виглядала наступним чином. Перший етап полягав у виявленні ТР за допомогою клініко-психопатологічного дослідження як «золотого стандарту», другий – у комплексному міждисциплінарному обстеженні пацієнтів. На третьому етапі проводили порівняльний аналіз соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, медіаторно-гормональних та індивідуально-психологічних характеристик хворих з:

- тривожними;
- фобічними розладами;
- рівною представленістю тривожної та фобічної симптоматики в структурі психічної патології;
- депресивним радикалом на тлі тривоги внаслідок встановленої дії стресу.

Проведений нами розподіл пацієнтів на групи за ознакою нозологічної приналежності ТР виявився доцільним через однаковий вихідний ризик за групами. Так, нами верифіковано відсутність достовірних розбіжностей по групах за більшістю соціально-демографічних

(11 ознак з 15, у тому числі, за рівнем порушень у мікро- та макросоціальних відносинах, оцінкою виконання соціальних ролей, стилем реагування на фруструючий вплив, тривалістю емоційної напруги після дії стресора, причинами таких ситуацій) та клініко-анамнестичних ознак (13 признаков з 17, зокрема за обставинами виникнення актуальної психопатологічної симптоматики, тривалістю переживання тривоги та страхів, причинами госпіталізації, ефектом від лікування у минулому, суб'єктивно оптимальним способом терапевтичної редукції ТР та ін.). Це дозволило у подальшому здійснити порівняльний аналіз хворих з різними ТР для визначення інформативних признаков притаманних ТР в залежності від їх клінічної феноменології.

Ідентифіковані наступні сомато-вегетативні диференційні (залежні від нозологічних форм ТР) маркери початку нападу тривоги (тут і далі в порядку зменшення частоти наведені лише достовірно значущі ($0,001 < p < 0,035$) маркери): позиви або прискорене сечовипускання, дискомфорт у епігастральній області, почуття стискування за грудиною, утруднення вдиху, прискорене серцебиття, дискомфорт в ділянці серця, при меншому значенні позивів до дефекації, діареї та білю в області малого тазу. При цьому, спільними для всіх видів ТР маркерами початку нападу тривоги виявились: посилене потовиділення, часте й поверхневе дихання та зміна кольору шкірного покриву (почервоніння або збліднення).

При АПР та СФ більшою мірою у порівнянні з ГТР та ЗТДР ($\approx$ в 2,8 та 38 разів) приступ маніфестував з позивів до сечовипускання (у 81,1% та 78,8% пацієнтів, відповідно) та дискомфорту в епігастрії (у 70,3%, 63,8% хворих, відповідно). При АПР суттєвого значення набували також відчуття стискування за грудиною (64,4% випадків) та перебоїв у серці (у 40,6% осіб), а при СФ – утруднення вдиху (у 48,4% хворих), прискорене серцебиття та дискомфорт в ділянці серця (по 39,3% випадків). Ознаками початку приступу тривоги при ГТР було прискорене сечовипускання (64,1% пацієнтів), абдоміналії (у 61,4% хворих), відчуття стискування за грудиною (43,2% осіб) та позиви до сечовипускання (28,7% випадків). Первинними проявами тривоги при ЗТДР постали дискомфорт в ділянці серця (7,1% хворих), прискорене серцебиття (6,8% пацієнтів), відчуття стискування за грудиною та дизритмії (по 4,9% випадків).

Вказане свідчить про різноманітність вегетативних зсувів при формах ТР, що досліджені, а також достовірно незначну виразність девіантних фізіологічних реакцій при ЗТДР у порівнянні з АПР, СФ та ГТР.

За опитувальником виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R з дев'яти основних шкал симптоматичних розладів (з урахуванням середнього зваженого за шкалами) в усіх пацієнтів переважали фобічна тривожність (PHOB), тривожність (ANX), депресія (DEP) та соматизація (SOM) при вторинній ролі (здебільше відносно до АПР) міжособистісної сенситивності (INT) та ворожості (HOS).

У пацієнтів з АПР домінуючого характеру набували симптоми фобічної тривожності ($3,86 \pm 0,02$), тривожності ($3,37 \pm 0,04$), соматизації ($3,15 \pm 0,03$), міжособистісної сенситивності ($3,12 \pm 0,09$) та депресії ($3,06 \pm 0,04$). У осіб з СФ найбільші значення реєстрували за шкалами ANX ($2,37 \pm 0,06$), DEP ($2,22 \pm 0,03$), PHOB ($2,05 \pm 0,06$), а у хворих на ГТР – ANX ($3,77 \pm 0,02$), SOM ($3,66 \pm 0,02$), PHOB ($3,57 \pm 0,02$), DEP ($3,12 \pm 0,02$).

Загальна інтерпретація результатів середніх зважених за методикою SCL-90-R свідчить, що максимальні величини за чотирма провідними шкалами відмічені серед пацієнтів з АПР та ГТР з несуттєвими варіаціями. Так, ANX і SOM відрізнялись більшою експресивністю у обстежених з ГТР, а PHOB – при АПР (що співпадає з її дефініцією), останнім були притаманними високі значення (майже рівні за модулем) SOM та INT.

Треба відмітити, що в осіб з АПР, ГТР спостерігали сильну виразність психопатологічних симптомів, при СФ – сильну, але ближчу до помірної (трохи вищу ніж 2 бали), в той час як, при ЗТДР вона була найменшою та стосувалась здебільше міжособистісної сенситивності.

Зазначене підтверджувалось даними за трьома шкалами другого порядку SCL-90-R. Загальний індекс важкості симптомів (GSI) виявився практично вдвічі вищим при АПР ($2,45 \pm 0,03$) та ГТР ($2,12 \pm 0,01$) у порівнянні з СФ ($1,47 \pm 0,02$) та ЗТДР ($0,21 \pm 0,01$). Це стосувалось також значень індексів наявності симптоматичного дистресу (PSDI) та загального числа позитивних відповідей (PST) ($PSDI_{АПР} = 2,89 \pm 0,02$, $PSDI_{ГТР} = 2,81 \pm 0,10$, $PSDI_{СФ} = 2,15 \pm 0,01$, $PSDI_{ЗТДР} = 1,09 \pm 0,01$; $PST_{АПР} = 76,36 \pm 0,38$, $PST_{ГТР} = 68,16 \pm 0,44$, $PST_{СФ} = 64,54 \pm 0,50$, $PST_{ЗТДР} = 17,40 \pm 0,54$).

Оцінка психологічного реагування на стрес пацієнтів з ТР, за даними тестування за шкалою IES-R, показала провідну роль «фізіологічного збудження» (що співвідносилось з результатами клініко-анамнестичного дослідження) більш інтенсивного у хворих на АПР та

ГТР ($p=0,138$) при порівнянні з особами з СФ (близько ніж в 2 рази) та ЗТДР ($\approx$ в 4 рази) ($26,05\pm0,40$; $27,41\pm0,80$; $11,82\pm0,56$; $6,43\pm0,51$, відповідно). Згідно операціональних визначень IES-R, у цих обстежених були наявні симптоми гіперзбудження: злість, роздратованість, гіпертрофована реакція переляку, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами.

Меншого значення набували патерни «вторгнення» (нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи або думки). При цьому мали більші величини середніх значень обстежені з АПР та СФ ($p=0,368$) при співставленні з хворими на ГТР та ЗТДР ($26,27\pm0,61$; $25,43\pm0,70$; $11,78\pm0,44$; $4,14\pm0,39$, відповідно).

Вірогідні відмінності за шкалою «уникнення» встановлені лише між пацієнтами з АПР та хворими на СФ, ГТР. Тобто особи з АПР рідше в 1,32 рази та 1,23 рази (відповідно), ніж обстежені з СФ та ГТР реагували на стрес подібним чином.

Загалом за межі нормальних значень (15 балів) виходили показники «фізіологічне збудження» та «вторгнення» при АПР (рівно виразні), «вторгнення» – при СФ, «фізіологічне збудження» – при ГТР, а в групі хворих на ЗТДР вказані реакції розподілились рівномірно та відповідали референтному інтервалу.

Аналіз отриманих результатів клініко-лабораторних досліджень дозволив виділити наступні особливості біохімічної комбінаторики процесів обміну адаптаційно-релевантних речовин. Синтез глюкокортикоїдів був посилений у пацієнтів з АПР. В 1–3 групах (АПР, СФ, ГТР) відмічали медіаторно-гормональну дихотомію: зниження рівнів α_1 -тимозину й лей-енкефалину при підвищенні – нейропептиду Y відносно референсних діапазонів. При цьому зміст в плазмі крові АКТГ та мелатонину знаходився у межах нормальних значень. Зазначене свідчить про виснаження адаптаційних механізмів та інверсію мелатонину, лей-енкефалину, нейропептиду Y, тобто явища гіпоксії ЦНС у даного контингенту.

Таким чином, однорідність груп за соціальними чинниками (самопрезентація соціальних ролей, макро- та мікросоціальних відносин та ін.), психотравмуючими ситуаціями (тип стресора, стиль реагування, тривалість емоційної напруги тощо) у сполученні з отриманими результатами за клініко-психопатологічним, клініко-анамнестичним, біохімічним методами дослідження (щодо меншої виразності психопатологічної симптоматики, медіаторно-гормональних порушень, адекватної реакції на психотравмуючі події у пацієнтів з ЗТДР при порівнянні з хворими на АПР, СФ, ГТР) свідчать про те, що вага «екзогенних» чинників не була провідною в формуванні клінічних проявів та перебігу ТР у обстежених. Тому нами був проведений ретельний аналіз індивідуально-психологічних особливостей хворих на різні ТР.

При дослідженні особливостей функціонування Я-системи за методикою оцінки ІФСС, в усіх групах реєстрували підвищення по 7, 8 шкалам «соціальна ізоляція» та «архаїчний відхід». При цьому максимальні значення відмічали при АПР ($46,14\pm0,35$; $42,38\pm0,49$, відповідно) і ГТР (за 7 шкалою – $41,11\pm0,35$), а найменше – у пацієнтів з ЗТДР ($24,33\pm0,30$, $32,52\pm0,40$, відповідно). Проявами «соціальної ізоляції» були інтернальні (внутрішні): наростання соціального запобігання, недовірливості, розчарування, страх перед спілкуванням, а також повна неможливість заміни соціальних інтересів іншими, наявність відчуття потенційної неусувної небезпеки від скупчення людей, необхідність в дистанції при спілкуванні через страх саморозкриття та невдач у встановленні контакту, відчуття недостатньої соціальної привабливості. «Архаїчний відхід» супроводжувався наростанням фантазій єднання з природою і відходом від міжособистісних стосунків.

Значні піки реєстрували у пацієнтів з АПР, СФ, ГТР за 1 шкалою ($59,24\pm0,38$; $60,93\pm0,69$; $68,38\pm0,50$, відповідно), що за даними авторів свідчило про «безсиле Я» та супроводжувалось суб'єктивним відчуттям крихкості власної особистості, масивною неконтрольованою тривогою, почуттям самотності, інтенсивними депресивними переживаннями безглуздя, безцільності життя, своєї малоцінності, легкодухості, внутрішньої порожнечі, безсилля, безперспективності, а також суїцидальними деструктивними спонуканнями.

Пік за 5 шкалою («незначне Я») був високим у хворих на ГТР ($44,65\pm0,45$) та спостерігали у пацієнтів з АПР ($36,73\pm0,48$). Даний параметр характеризував послаблення організації Я-системи з важкими сумнівами в самоцінності з супутніми домінуючими переживаннями сорому і страху розкриття цього факту оточуючими, проте, без почуття генералізованої спустошеності (позитивний прогноз через деяку стабільність і зниження рівню аутоагресивних тенденцій).

В свою чергу пацієнтам з ЗТДР було притаманне, так зване, «знецінення об'єкту» (пік за 14 шкалою) ($32,57\pm0,46$), тобто наявність наростаючої тенденції до очорнення, знецінення

оточення, сприйняття його як небезпечного і такого, що розчаровує внаслідок «послаблення особистості» за цим показником.

Зведений коефіцієнт сили особистості ІФСС виявився відхиленням від норми серед усіх хворих на ТР ($26,55 \pm 0,14$ при АПР, $22,67 \pm 0,14$ при СФ, $28,80 \pm 0,18$ при ГТР, $15,45 \pm 0,19$ при ЗТДР), однак його субнормальні величини спостерігали при ЗТДР, а найбільш патологічні – у пацієнтів з ГТР.

Серед пацієнтів, що мали АПР, СФ та ГТР, виявлені акцентуовані риси характеру, при цьому в 1–3 групах обстежених реєстрували поєднання акцентуацій, а в 4 – особистісні якості не досягали рівню акцентуованих.

Так, у хворих спостерігали наступні сполучення типів акцентуацій (ранжирувані у порядку превалювання, у балах): при АПР – застрягаючого ($22,54 \pm 0,33$), тривожного ($19,78 \pm 0,55$), екзальтованого ($19,78 \pm 0,51$), демонстративного ($16,7 \pm 0,21$); при СФ – тривожного ($18,54 \pm 0,64$), емотивного ($17,36 \pm 0,56$), застрягаючого ($17,21 \pm 0,06$), збудженого ($13,29 \pm 0,57$), дистимічного ($12,64 \pm 0,73$); при ГТР – тривожного ($22,05 \pm 0,44$), дистимічного ($18,24 \pm 0,43$), застрягаючого ($16,97 \pm 0,25$), педантичного ($16,11 \pm 0,61$).

Згідно до вказаного можна стверджувати, що пацієнтам з ТР без ідентифікованого стресу, притаманні спільні загострені особистісні риси – застрягаючі та тривожні, які превалювали в залежності від нозологічної форми ТР та додатково поєднувались з демонстративними, екзальтованими, емотивними, дистимічними, педантичними акцентуаціями різного ступеня виразності. Усі такі хворі характеризувалися високою стійкістю негативного афекту, тривалістю емоційного відклику, переживань у поєднанні з нерішучістю, боязкістю, неконструктивною поведінкою в особистісних значущих ситуаціях.

Ступінь напруженості МПЗ в досліджених групах була найвищою у обстежених з АПР ($60,09 \pm 1,32\%$), у пацієнтів з СФ та ГТР – незначно перевищувала норму ($52,50 \pm 1,15\%$ та $51,36 \pm 0,86\%$, відповідно), а у хворих на ЗТДР виявилася нормальною ($31,04 \pm 0,64\%$). Провідні типи МПЗ були наступними (середнє значення у балах): у осіб з АПР – «проекція» ($91,46 \pm 1,48$), «витіснення» ($78,65 \pm 1,74$), «регресія» ($77,08 \pm 1,73$), «раціоналізація» ($76,57 \pm 2,32$); з СФ – «компенсація» ($86,07 \pm 2,32$), «раціоналізація» ($84,0 \pm 2,15$), «заперечення» ($76,79 \pm 2,11$); з ГТР – «проекція» ($92,78 \pm 1,46$), «гіперкомпенсація» ($78,65 \pm 2,6$), «заміщення» ($74,59 \pm 2,14$), «витіснення» ($70,54 \pm 1,86$); з ЗТДР – «гіперкомпенсація» ($82,14 \pm 2,20$), «раціоналізація» ($72,21 \pm 1,74$), «компенсація» ($57,62 \pm 2,23$). При цьому незрілі механізми вирішення внутрішнього конфлікту («проекція», «витіснення», як найбільш деструктивні) переважали над зрілими («раціоналізація», «компенсація», «гіперкомпенсація»). У хворих на ГТР та АПР більшість МПЗ виявилися незрілими, на СФ – питома вага зрілих була переважною, а при ЗТДР – найбільшою. Звертає на себе увагу сполучення «витіснення» з «заміщенням» серед механізмів ПЗ пацієнтів з ГТР, яке свідчить про вірогідність виникнення у них фобічних реакцій.

Тестування за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.А. Ханіна показало наявність низьких рівнів реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) у осіб з ЗТДР ($21,95 \pm 0,65$ та $22,88 \pm 0,33$, відповідно). Найбільші величини конституціонально обумовленої тривожності встановлено в групі хворих на ГТР ($72,78 \pm 0,72$), а ситуаційної – серед пацієнтів з АПР ($57,46 \pm 0,83$). Інші значення відповідали помірній тривожності (РТ= $35,57 \pm 0,53$, ОТ= $40,57 \pm 0,52$ при СФ; ОТ= $38,81 \pm 0,60$ при АПР; РТ= $40,49 \pm 0,35$ при ГТР).

Таким чином, у всіх обстежених з ТР нами виявлені зниження ефективності регуляції Я-системи, яке проявлялось у відсутності задоволення внутрішніх потреб у впевненості, безпеці, стабільній самооцінці, змісті та досвіді життя, нових можливостях та самовираженні, а також наявність у пацієнтів з АПР, СФ, ГТР поєднаних акцентуацій характеру, незрілих механізмів психологічного захисту та підвищених рівнів особистісної (при ГТР) та реактивної (при АПР) тривожності. Зазначене свідчить про суттєві девіації індивідуально-психологічних рис обстежених здебільше при ТР, що не асоційовані з дією стресу, за критеріями МКХ-10 (АПР, СФ, ГТР).

Результати кореляційного аналізу дозволили оцінити силу взаємозв'язків між різними показниками (за якими виявлені достовірні розбіжності по групах).

Найбільш достовірними ($p < 0,05$) з них були наступні: прямі значної сили кореляційні зв'язки встановлені між ІФСС та ANX ($r=0,97$), DEP ($r=0,96$), PHOB ($r=0,95$), SOM ($r=0,94$), GSI ($r=0,94$), PSDI ($r=0,92$); механізмом ПЗ у вигляді «проекції» та SOM і PHOB ($r=0,95$), GSI і ІФСС ($r=0,93$), DEP ($r=0,92$), ІФСС; «безсилим Я» та INT ($r=0,94$), DEP ($r=0,94$), GSI ($r=0,92$); «фізіологічним збудженням» та SOM ($r=0,93$), PHOB ($r=0,89$); РТ та GSI ($r=0,93$), PHOB ($r=0,92$); механізмом ПЗ за типом «витіснення» та GSI, PHOB ($r=0,91$); застрягаючим ти-

пом акцентуації та PST ($r=0,90$); тривожною акцентуацією та «безсилим Я» ($r=0,90$), а також зворотні значної сили кореляції між шкалою «базисний потенціал надії» за методикою оцінки функціонування Self-системи (максимальна впевненість в потенціалі виживання) та DEP і ANX ($r=-0,92$) та ін.

Отримані дані доцільно враховувати при розробці принципів психокорекції хворих на ТР. Так, наприклад, зниження величини зведеного коефіцієнта ІФСС, через виправлення аномальних механізмів Я-системи, призводить до усунення тривоги, депресії, фобічної тривожності, соматизації, а також зменшення рівнів загальної важкості симптомів та симптоматичного дистресу. В свою чергу, підвищення впевненості у власному потенціалі у житті сприяє девальвації депресії та тривожності.

Все розмаїття одержаних ознак було піддано факторному аналізу в результаті якого до п'яти найбільш інформативних факторів найчастіше (залежно від встановлення діагнозу того чи іншого ТР) потрапляли результати оцінки Self-системи та данні опитувальника SCL-90-R (табл. 1).

Узагальнення даних, що були отримані протягом дослідження дозволило дійти наступних **висновків**.

1. Серед особливостей клінічних проявів та біохімічної комбінаторики процесів обміну адаптаційно-релевантних речовин у хворих на тривожні розлади виділено такі.
 - а) до провідних сомато-вегетативних проявів на початку нападу тривоги (тут і далі в порядку зменшення частоти наведені лише достовірно значущі ($0,001 < p < 0,035$) маркери) відносяться позиви до сечовипускання, дискомфорт у епігастральній області (у хворих на агорафобію з панічним розладом та специфічні (ізолювані) фобії), прискорене сечовипускання, почуття стискування за грудиною (при генералізованому тривожному розладі), утруднення вдиху (при адаптаційних розладах, змішаної тривожно-депресивної реакції).
 - б) встановлено переважання в усіх пацієнтів фобічної тривожності, тривожності, депресії, соматизації. Найбільш сильна виразність психопатологічних симптомів притаманна особам з агорафобією з панічним розладом, генералізованим тривожним розладом, сильна з тенденцією до помірної – хворим на специфічні (ізолювані) фобії, найменший її ступінь (відносно міжособистісної сенситивності) властивий обстеженим з адаптаційними розладами, змішаною тривожно-депресивною реакцією.
 - в) встановлено виснаження адаптаційних механізмів та наявність гіпоксії ЦНС у пацієнтів з агорафобією з панічним розладом, специфічними (ізолюваними) фобіями, генералізованим тривожним розладом через медіаторно-гормональну дихотомію: зниження рівнів α_1 -тимозину й лей-енкефалину при підвищенні – нейропептиду Y відносно референсних діапазонів, при нормальних значеннях АКТГ та мелатоніну.
2. Доведена другорядна роль «екзогенних» чинників в формуванні клінічних варіантів тривожних розладів у обстежених через однорідність груп за соціальними чинниками (самопрезентація соціальних ролей, макро- та мікросоціальних відносин та ін.), психотравмуючими ситуаціями (тип стресора, стиль реагування, тривалість емоційної напруги тощо) у сполученні з отриманими результатами за клініко-психопатологічним, клініко-анамнестичним, біохімічним методами дослідження (щодо меншої виразності у пацієнтів з F43.22 усіх показників у порівнянні з хворими на F40.01, F40.2, F41.1).
3. Встановлені суттєві девіації індивідуально-психологічних рис обстежених при тривожних розладах, що не асоційовані з дією стресу за критеріями МКХ-10 (F40.01, F40.2, F41.1).
 - а) проявами зниження ефективності регуляції Я-системи у всіх обстежених є відсутність задоволення внутрішніх потреб у впевненості, безпеці, стабільній самооцінці, змісті та досвіді життя, нових можливостях та самовираженні. Це підтверджується відхиленням від норми зведеного коефіцієнту сили особистості (ІФСС) в усіх групах, його субнормальні величини притаманні хворим з адаптаційними розладами, змішаною тривожно-депресивною реакцією, а найбільш патологічні – пацієнтам з генералізованим тривожним розладом.
 - б) пацієнтам з тривожними розладами без ідентифікованого стресу, властиві спільні загострені особистісні риси – застрягаючі та тривожні, які превалюють в залежності від нозологічної форми психічної патології. Так, при F40.01 верифіковані застрягаючий, тривожний, екзальтований, демонстративний типи акцентуацій, F40.2 – тривожний, емотивний, застрягаючий, збуджений, дистимічний, F41.1 – тривожний, дистимічний, застрягаючий, педантичний.

Таблиця 1

Інформативні фактори (групи корельованих ознак) для діагностики різних тривожних розладів у обстеженого контингенту (за результатами факторного аналізу)

Метод/ методика	Агорафобія з панічним розладом			Специфічні (ізолюовані) фобії		Ранг фактора/шкали				Генералізований тривожний розлад		Адаптаційні розлади. Змішана тривожно-депресивна реакція	
	I	INT, HOS, ADD, GSI, PST, SDI	III	GSI, PST	IV	IV	INT, GSI, PST	III	HOS, PHOB, GSI, PSDI				
SCL-90-R Оцінка ІФСС	IV	№№ 2, 4, 11, 13, 16, ІФСС	I	№№ 6-9, 11, 17, ІФСС	II	II	№№ 5, 6, 9-11, 14, 16	I	№№ 1, 4, 5, 7-9, 13, 16, НК, ІФСС				
	V	№№ 1, 18	II	№№ 2, 5, 12, 18, НК	III	III	№№ 2, 8, 12, 15, 18, НК, ІФСС						
Опитувальник Р. Плутчика - X. Ке- лермана	III	Відмова, Компенсація, Рационалізація, Напруженість захистів	V	Вигіснення, Напруженість захистів	V	V	Рационалізація	IV	Відмова				
	-	-	-	-	-	-	ЦИКЛ	II	ЗАСТР, ПЕД, ТРИВ, ЦИКЛ, ЗБУДЛА, ДИСТ				
Опитувальник К. Ле- онгарда - Г. Шмішека	II	АКТГ, кортизол, α ₁ -тимозин, лей-енкефалин, нейропептид Y	IV	АКТГ, кортизол, мела- тонин, лей-енкефалин, нейропептид Y	I	I	АКТГ, кортизол, α ₁ -ти- мозин, мелатонин, лей- енкефалин, нейропептид Y	IV	АКТГ, кортизол, мелатонин, лей-енкефалин				

- в) встановлені провідні механізми психологічного захисту обстежених (ранжовані у порядку зменшення $M_{\text{ср}} \pm m$): у осіб з агорафобією з панічним розладом – «проекція», «витіснення», «регресія», «раціоналізація», з специфічними (ізолюваними) фобіями – «компенсація», «раціоналізація», «заперечення», з генералізованим тривожним розладом – «проекція», «гіперкомпенсація», «заміщення», «витіснення», з адаптаційними розладами, змішаною тривожно-депресивною реакцією – «гіперкомпенсація», «раціоналізація», «компенсація». У хворих на F41.1 та F40.01 більшість МПЗ є незрілими, на F40.2 – питома вага зрілих переважає, а при F43.22 – найбільша. Сполучення таких МПЗ як «витіснення» і «заміщення» у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом свідчить про вірогідність виникнення у них фобічних реакцій.
- г) У осіб з адаптаційними розладами, змішаною тривожно-депресивною реакцією встановлено наявність низьких рівнів реактивної та особистісної тривожності. Найбільші величини конституціонально обумовленої тривожності визначено в групі хворих на генералізований тривожний розлад, а ситуативної – серед пацієнтів з агорафобією з панічним розладом. Інші значення відповідають помірній тривожності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Tsuang M. T. Textbook in psychiatric epidemiology/M. T. Tsuang, M. Tohen. – New York: Wiley-Liss, 2002. – 736 p.
2. Кровяков В. М. Психотравматология/В. М. Кровяков. – Екатеринбург: УМЦ УПИ, 2006. – 442 с.
3. Cohen S. Psychological stress and disease/S. Cohen, D. Janicki-Deverts, G. E. Miller//JAMA. – 2007. – Vol. 298. – P. 1685–1687.
4. Lepine J. P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs/J. P. Lepine//H. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, Suppl. 2. – P. 4–8.
5. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: Association with symptoms, impairment, course and help-seeking/P. P. Roy-Byrne, P. Stang, H. U. Wittchen [et al.]//Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176, N 3. – P. 229–235.
6. Generalized Anxiety and Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition, and Management/H. U. Wittchen, R. C. Kessler, K. Beesdo [et al.]//J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, N 8. – P. 24–34.
7. Табачников С. И. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика [Монография]/С. И. Табачников, В. С. Первый. – Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005. – 348 с.
8. Є. Г. Гриневич, І. В. Лінський Надзвичайні ситуації та психічне здоров'я населення України//Новості медицини і фармації. – 2007. – № 215. – С. 6–9.
9. Марута Н. О. Епідемії алкоголізму та нарко-токсикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України [Текст]: аналітично – статистичний довідник 1990–2010/[Марута Н. О., Лінський І. В., Мінко О. І. та ін.]; под. ред. Волошин П. В. Голубчиков М. В. – Х: Плеяда, 2011. – 168 с.
10. Yujuan Ch. Treatment of Specific Phobia in Adults/Ch. Yujuan, A. J. Fyer, J. D. Lipsitz//Clin. Psychol. Rev. – 2007. – Vol. 27, N 3. – P. 266–286.
11. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.18/. С. В. Иванов. – М., 2002. – 426 с.
12. Погосов А. В. Лечебно-профилактические мероприятия для больных посттравматическими стрессовыми расстройствами в случаях коморбидности/А. В. Погосов, И. А. Погосова, А. В. Смирнова//Арх. психиатрии. – 2004, № 1. – С. 17–21.
13. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие/Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
14. Barlow D. H. Anxiety and it's disorders/D. H. Barlow. – New York: Guilford, 1988. – P. 77–138.
15. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение/Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 240 с.
16. Casey P. Adjustment disorders/P. Casey, C. Dorrack, G. Wilkinson//Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179, N 5. – P. 479–481.
17. Комплексная диагностика невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (с мультилингвальным справочным аппаратом): [Монография]/В. С. Первый, С. И. Табачников, В. Ф. Сухой, В. В. Дворников. – Д.: АРТ-ПРЕСС, 2009. – 800 с.
18. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: пер. с нем./В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
19. Angst J. Depression and Anxiety: Implications for Nosology, Course, and Treatment/J. Angst//J. Clin. Psychiatry. – 1997. – Vol. 58, Suppl. 8. – P. 7–12.
20. Калинин В. В. Современные представления о феноменологии и терапии тревожных состояний/В. В. Калинин, М. А. Максимова//Соц. и клин. Психи-атрия. – 1993. – Т. 3, вып. 2. – С. 128–142.
21. Литвинцев С. В. Новые возможности терапии тревожных расстройств/С. В. Литвинцев, Ю. П. Успенский, Е. В. Балукова//Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 3. – С. 72–78.

22. Derogatis L.R. Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90/L.R. Derogatis, P.A. Cleary//Br.J. Clin. Psychol. – 1977. – Vol. 16. – P. 347–356.
23. Starcevic V. The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders/V. Starcevic, G. Bogojevic, J. Marinkovic//J. Personality Disorders. – 2000. – Vol. 14, N 3. – P. 199–207.
24. Horowitz M.J. Impact of event scale: A measure of subjective stress/M.J. Horowitz, N. Wilner, W. Alvarez//Psychosom. Med. – 1979. – Vol. 41. – P. 209–218.
25. Weiss D.S. The Impact of Event Scale – Revised/D.S. Weiss, C.R. Marmar//Assessing psychological trauma and PTSD/eds. J. Wilson & T.M. Keane. – New York: Guilford, 1996. – P. 399–411.
26. Залуцкая Н.М. Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма): пособие для врачей/Н.М. Залуцкая, А.Я. Вукс, В.Д. Вид. – СПб., 2003. – 48 с.
27. Plutchek R. Structural theory of ego defenses and emotions/R. Plutchek, H. Kellerman, H.R. Conte//Emotions in personality and psychopathology/eds. C.E. Izard. – New York: Plenum Press, 1979. – P. 229–257.
28. Schmieschek H. Fragebogen zur Ermittlung akzentuierter Persönlichkeiten/H. Schmieschek//Psychiatr., Neurol. und med. Psychol. – 1970. – N 10. – S. 378–384.
29. Ханин Ю.А. Исследование тревоги в спорте/Ю.А. Ханин//Вопросы психологии. – 1978. – № 6. – С. 94–106.
30. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований/В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб.: ВмедА, 2002. – 266 с.
31. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных/А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ ФОРМ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Гриневич Е. Г., Кожина А. М., Маркова М. В., Первый В. С., Дворников В. В.

В статье приведены результаты всестороннего многофакторного анализа данных комплексного междисциплинарного исследования 144 мужчин с разными нозологическими формами тревожных расстройств для идентификации индивидуально-психологических и клинических показателей как информативных маркеров дифференциальной диагностики и психотерапии.

Ключевые слова: тревожные расстройства, внутреннее представление о собственном Я, система мировосприятия, дифференцированная психодиагностика

INDIVIDUALLY-PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES THE ANXIETY DISORDER'S DIFFERENT FORMS

Grynevych Ye. G., Kozhina A. M., Markova M. V., Pervy V. S., Dvornikov V. V.

The article is devoted to the theoretical substantiation and practical resolving of such important scientific problem as development the differential psychodiagnostic and also general and specific principles of psychocorrection of patients with anxiety mental disorders on the basis of leading personal psychological and clinical signs of different nosological groups specified disorders.

Keywords: anxiety mental disorders, internal Self-representations, system of mentality, differential psychodiagnostic, algorithm, psychocorrection

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У СТРУКТУРІ ХРОНІЧНОГО МАРЕВНОГО РОЗЛАДУ

О. В. Хаджинов, В. В. Іванюк

Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1

Резюме: автори провели обстеження хворих з хронічним маячним розладом у результаті якого було з'ясовано, що почасти вони супроводжуються різноманітними вегетативними порушеннями й тому наступним етапом дослідження було здійснено аналіз фармакотерапевтичних заходів з метою оцінки їх ефективності.

Ключові слова: вегетативні порушення, хронічний маревний розлад, психофармакотерапія.

Багатьма авторами вказується, що прояви неврозів у формі неврастенії, депресивного або фобічного неврозу відрізняється від соматизованих психічних розладів лише переважанням в клінічній картині або психічного, або фізичного компонента. Клінічна реальність така, що ці розлади займають проміжне положення між соматичною та психічною патологією, при цьому як і раніше дискусійним залишалося питання про нозологічну достатність – одні автори схильні розглядати їх як самостійну клінічну одиницю, інші – як неспецифічний синдром. Існує концепція нозологічної самостійності вегето-судинної дистонії поряд з визнанням можливості трактування цього розладу на синдромальному рівні [12]. Також дослідниками вважалося, що існує група хворих, в яких ці розлади можна трактувати як хворобу у клінічно не в уточненому розумінні, тому були розроблені клінічні та параклінічні критерії діагностики, концепція патогенезу, особливості течії, підходи щодо терапії. Зарубіжні автори на сучасному етапі в основному дотримуються концепції вегетативної дисфункції (частіше використовується термін «дисавтономія») як неспецифічного синдрому, який має певні нейрофізіологічні основи і в клінічній медицині розглядається по декількох групах розладів. Різні дослідження, показують, що розлади, які протікають з вегетативною дисфункцією, не дивлячись на схожість проявів, зустрічаються у різних медичних галузях, це сімейна практика та загальна терапія, гастроентерологія, кардіологія, неврологія і саме психіатрія [4, 7].

Разом з тим автори даної статі вивчають і вегетативні дисфункції при так званих маячних роздіає, що поділяються на хронічну та гострі. За визначенням, домінуючим симптомом при маячних розладах є різноманітні марення, що не мають органічної основи, яку вдалося б розпізнати [1]. Коливання афекту не досягалося клінічно визначених маній, або депресій, а самі марення химерності, що є характерно для хворих на шизофренію, фіксовані на подіях які мають під собою ті, або інші прояви у житті хворого, тобто близькі до реалістичних. Симптоми, що відображають порушення мислення незначні. При цьому афективна пофарбованість відповідає маренню, а його особистість залишається збереженою або зазнає незначні зміни протягом тривалого періоду часу [2].

За статистичними даними поширеність маревних розладів серед загального населення у середньому дорівнює 0,03%, середнім віком початку захворювання вважається приблизно 40 років. Етіологія маревних розладів достовірно невідома [3]. Дослідження родинного анамнезу вказують на те, що маревні розлади є самостійним у клінічному відношенні захворюванням, також у цих дослідженнях наголошується те, що частіше маревні розлади зустрічаються серед родичів хворих с подібними маревними розладами [1, 4]. Окрім того, виявлено, що в сім'ях хворих маревними розладами не наголошується збільшення числа хворих шизофренією та розладами настрою й, навпаки, у сім'ях хворих на шизофренію відсутнє збільшення числа хворих з маревними розладами [5]. Тривале спостереження за хворими, страждаючими маячними розладами, вказує, що згодом цей психічний розлад рідко трансформується у шизофренію, або будь які розлади настрою, тому самі маячні розлади не можна вважати початковою стадією цих чи інших психічних захворювань [2]. Маячні розлади мають більш пізніше початок, ніж шизофренія або розлади настрою і навіть більш благоприємний перебіг [3]. Хворий зазвичай виглядає доглянутим, добре одягнений і не виявляє ознак виражених розладів особистості або порушення звичайної діяльності, але ознаки хвороби розцінюються оточуючими, як особиста чужоковатість: підозрілість, ворожнеча налагодженість, ексцентричний вигляд [6]. Зустрічаються сутяжні хворі, які не приховують своїх схильностей від дослідника. Настрій хворого звичайно відповідає харак-

теру марення. Хворий з маренням величі знаходиться у стані ейфорії, хворий з маренням переслідування підозрілий. За визначенням, у хворих з маревними розладами немає виражених або стійких галюцинацій, проте в окремих випадках у цих хворих все ж мають місце обмани відчуття у вигляді сенестопатій, що додатково підтверджує їх у своїх думках [4]. На відміну від марення, що спостерігається у багатьох хворих шизофренією, марення при цьому розладі можна визначити як такі, що можливі в реальному житті, хоча і дуже маловірогідні суперечливі [7]. Може мати місце марення переслідування, ревнощів, величі, соматичне, еротоманія або змішане марення, що включає названі чи які інші теми. Маревна система може бути дуже простою або досить складною. Як правило, у хворого відсутні груби ознаки порушення структури мислення, хоча деякі хворі стають багатомовними, ґрунтовними.

Дуже важливо, обстежуючи хворих з маревними розладами, встановити, характер маревних ідей, та зв'язок з реальними подіями чи особистостями, також збираються діяти у відповідності з цими ідеями, одержимі вони думками про самогубство, вбивство або інші види насильства. Наскільки часто зустрічається соціально небезпечна поведінка у хворих з маревними розладами, невідомо [2, 5]. Лікар повинен непрямо, але опосередковано виявити у хворого суїцидальні наміри, жадання вбивства, а сексуальні перверзії, або підготовку до здійснення подібних намірів, агресія найбільш характерна для тих хворих, які у минулому застосовували насильство [8]. Якщо раніше у хворого наголошувалися агресивні тенденції, треба запитати, як він впорався з ними, якщо хворий не в змозі управляти власними імпульсами, його правомірно госпіталізувати. Лікаря інколи вдається надати сприятливу дію на терапевтичний союз з хворим, відкрито пояснюючи йому, що госпіталізація допоможе йому укріпити контроль за своїми імпульсами [9].

Практична важлива порада така, якщо хворий намагається зробити лікаря своїм союзником у маревній системі, лікар не повинен прикидатися, що приймає марення за правду, оскільки це надалі лише збиває з пантелику та створює недовіру при подальшому проведенні лікування. Зазвичай у хворого з маревними розладами всебічне орієнтування не порушене, за винятком тих випадків, коли маревні переживання стосуються власної особи, місця та часу. Пам'ять та інші когнітивні процеси при маревних розладах збережені. Про те, як хворий відноситься до свого стану, краще всього судити, оцінюючи його поведінку у минулому і сьогоденні. Хворі з маревними розладами, як правило, не критичні до свого стану і майже завжди їх доставляють у лікарню члени родини, друзі, знайомі або міліція [10]. Ці хворі зазвичай дають сповна правдиві відомості, за винятком тих випадків, коли ці відомості натрапляють на маревну систему. На початковому етапі захворювання часто можна виділити істотні у соціальному плані події в житті хворого, на тлі яких формується помірно виражена, виправдана підозрілість, й сам початок захворювання є гострим. Початкові підозріння піддаються переробці та часом носять маревний характер. Статистика показує, що в середньому половина хворих одужують, у кожного п'ятого спостерігається поліпшення стану, кожний третій хворий не виявляє жодної динаміки [3]. Також є клінічні дані, що у хворих з маренням ревнощів розлучення приводить до припинення розвитку маревної системи, хоча маревні ідеї відносно минулого зберігаються але новий брак можливо знов розпалить систему марення ревнощів [6]. Марення переслідування, соматичне або еротичні мають кращий прогноз, чим марення величі та ревнощів. Нижче приводяться чинники, що корелюють з позитивним прогнозом, це високий рівень професійних, соціальних та ділових досягнень, жіноча стать, почало до 30 років, гострий початок захворювання, коротка тривалість хвороби і наявність сприяючих чинників [2]. Загалом виділяється шість підтипів маревних розладів, що ґрунтуються на утриманні марення: переслідування, ревнощів, величі, соматичне, еротоманія та змішане [11]. Окрім того маревні розлади поділяють на гострі та хронічні за перебігом.

Звичайно маревні розлади супроводжують різноманітні вегетативні компоненти, що особливо проявляється на етапі загострення розладу, тобто на періоді госпіталізації. Цей факт підтверджено не тільки за нашими спостереженнями, а й за літературними даними [1, 8, 10]. Клінічні прояви вегетативних порушень при хронічному маревному розладі відносяться до категорії так званих «дистоній», з вельми різноманітною симптоматикою. Синдром дисавтономії у значній мірі всілякі по своїй комбінаториці, за мірою тягаря та проявам в тимчасовому аспекті. Кількість подібних симптомів може бути різною, від декількох до присутності їх значного набору. При первинному обстеженні для верифікації даного синдрому сповна досить виявлення набору певних симптомів вегетативної дисфункції, що проявляються у скаргах і уточнюються при бесіді та огляді пацієнта. Для виявлення і оцінки вегетативної дисфункції можливо розглядати симптоми, розподіливши їх по системах

організму. Перелік проявів виглядає наступним чином: з боку серцево-судинної системи це посилене або прискорене серцебиття, відчуття стиснення, болі або дискомфорт у пресерцевої ділянки, лабільність артеріального тиску та частоти серцевого ритму; з боку дихальної системи – гіпервентиляційний синдром, порушення глибини і частоти дихання, відчуття задиху; з боку шлунково-кишкового тракту – печія, дискомфорт в епігастрії, нудота, болі у шлунку, діарея, метеоризм; шкірні покрити та слизові оболонки, це пітливість, або сухість у роті, почервоніння шкіри, плямиста гіперемія, цианотичність або мармуровість шкіри чи кінцівок; з боку нервової системи тремтіння або тремор, оніміння; з боку уrogenітальної системи, це підвищення частоти сечовипускань або дизурія, передменструальний синдром (нездужання, головні болі, відчуття приливу і інші симптоми перед місячними); можуть відмічатися загальні симптоми – приливи або відчуття ознобу, наявність змін температури, відчуття запаморочення; саме за психічним станом – страх втрати контролю, божевілля або смерті, дратівливість, тривога, образливість, лабільність настрою, труднощі у зосередженні уваги, поверхневий сон; неспецифічними симптомами є м'язова напруга або болі у м'язах, головний біль, рухове занепокоєння та нездатність до релаксації, «ком» у горлі або скрути при ковтанні, тремор або тремтіння, схильність до м'язових спазмів, сильна стомлюваність на легке навантаження, слабкість, асенізація.

В загальні вегетативна дисфункція це патологічний симптомокомплекс, який виявляється у зв'язку з розладом інтеграційної та регуляторної функцій на всіх рівнях автономної нервової системи і виявляється неадекватною реактивністю на подразники, внутрісистемною роз'єднаністю процесів вегетативного забезпечення діяльності організму. Загальним для розладів вважалося ослаблення та виснаження домінуючого впливу кори на підкіркові структури, при цьому на перший план виносили вплив гіпоталамуса на вегетативне забезпечення діяльності організму й цей патофізіологічний механізм має своє клінічне вираження у вигляді різноманітних психічних і соматичних розладів. Ми звернули увагу до вищезгаданого питання з метою з'ясувати, яким чином слід проводити лікування обраної нозології з урахуванням супутньої симптоматики, для того щоб отримати найкращий терапевтичний ефект. Виходячи з цього, нами сформовано три окремих психофармакотерапевтичних підходи до лікування, де враховуючи наявність психічної та соматичної, а точніше соматовегетативної симптоматики, першим напрямком обрано комплексну терапію, що складалася з нейролептику, який впливав на маревну симптоматику й транквілізатору та бета-блокатору, що були спрямовані на купірування вегетативних розладів. Другим ми обрали описаний у доступній літературі підхід з використанням нейролептику та антиконвульсанту, що застосовано, як диенцефальний коректор. Третім було створено контрольне дослідження з використанням тільки нейролептику.

Для практичного впровадження гіпотези ми сформували три групи зі хворих, що мали діагноз хронічний маревний розлад, при цьому виявляючи на момент перебування у психіатричному відділенні будь-які вегетативні порушення. Зараз триває набір хворих до означених груп, розпочато лікування тих хворих, що звернулися до стаціонарного лікування, але обробка отриманих результатів з їх наданням у наукових публікаціях є нашою подальшою метою діяльності, тому у наступних роботах будуть наведені ретельні описи застосованої лікувальної тактики, статистичні дані та їх обґрунтування.

ВИСНОВКИ:

1. Дослідження родинного анамнезу вказують на маревні розлади, як на самостійне у клінічному відношенні захворювання, частіше маревні розлади зустрічаються серед родичів хворих з подібними маревними розладами, окрім того, виявлено, що у сім'ях хворих маревними розладами не наголошується збільшення числа хворих шизофренією та розладами настрою й, навпаки, у сім'ях хворих на шизофренію відсутнє збільшення числа хворих з маревними розладами.
2. Нерідко маревні розлади супроводжуються різноманітними вегетативними компонентами, що особливо проявляється на етапі загострення розладу, тобто на періоді госпіталізації. Цей факт підтверджено не тільки за нашими спостереженнями, а й за літературними даними. Клінічні прояви вегетативних порушень при хронічному маревному розладі відносяться до категорії так званих «дистоній», з вельми різноманітною симптоматикою.
3. Нами обрану за мету дослідження, виявлення, яким чином слід проводити лікування обраної нозології з урахуванням супутньої симптоматики, для того щоб отримати найкращий терапевтичний ефект. Виходячи з цього, нами сформовано три окремих пси-

хофармакотерапевтичних підходи до лікування, де враховано наявність психічної та соматичної, а точніше соматовегетативної симптоматики, робота над якими зараз триває.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. – Киев, 1997. – 153 с.
2. Голдберг Д. Распространенные психические расстройства/Д. Голдберг, П. Хаксли//Киев, 1999. – 412 с.
3. Електронне джерело: www.psychiatry.ua/books/schizo/paper12.htm
4. Гавенко В.А., Золотарёв Г.А. Расстройства логической основы мышления и образования бредовых идей при шизофрении (аспект психокоррекции)//Шизофрения: новые подходы к терапии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи)/Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1995. – Т. 2. – С. 23–24. Психіатрія/О.К. Напреєнко, І.Й. Влох, О.З. Годубков та ін.; За ред. О.К. Напреєнка. – Київ: Здоров'я, 2001. – 584 с.
5. Клиническая психиатрия (под. ред. Т.Б. Дмитриевой), М., «Гэотар Медицина», 1998. – 505 с.
6. Овсянников С.А. Пограничная психиатрия и соматическая патология//С.А. Овсянников, Б.Д. Циганков/М.: Изд. «Триада-Фарм», 2001. – 355 с.
7. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2007 рр. – К.: МОЗ України, – 2008. – 152 с.
8. Бройтигам В. Психосоматическая медицина//В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рау/М.: Гэотар Медицина 1999. – 376 с.
9. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М., 1998. – 760 с. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина//В.Д. Менделевич, С.А. Соловьёва/М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 435 с.
10. Лакосина Н.Д. Психогенные заболевания//Психиатрия: Учебник для студентов медицинских вузов/М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2004. – С. 408–449.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРЕДОВОГО РАССТРОЙСТВА

Хаджинов О. В., Иванюк В. В.

Одесская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Резюме: авторы провели обследование больных с хроническими бредовыми расстройствами в результате, которого было выяснено, что часто они сопровождаются различными вегетативными нарушениями и потому следующим этапом исследования проведено анализ фармакотерапевтических мероприятий с целью оценки их эффективности.

Ключевые слова: вегетативные нарушения, хроническое бредовое расстройство, психотерапия.

VEGETATIVE VIOLATIONS ARE IN THE STRUCTURE OF CHRONIC RAVING DISORDER

Hadginov O. V., Ivaniuk V. V.

The Odessa regional psychiatry clinic № 1

Resume: authors conducted the inspection of patients with chronic raving disorders which it was found out as a result of, that often they are accompanied different vegetative violations and that is why by the next stage of research the analysis of pharmacotherapy measures was conducted with the purpose of estimation of their efficiency.

Keywords: vegetative violations, chronic raving disorder, psychopharmacotherapy.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

Н. Г. Пшук, А. В. Стукан, Н. П. Кирилюк

Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ключові слова: фобія, підлітки, клініко-психопатологічна структура.

Резюме: дослідження присвячене вивченню клінічних проявів та психологічних особливостей підлітків з фобічними розладами. Було обстежено 38 підлітків з невротичними розладами, в клінічній картині яких ведучими були прояви фобій. Встановлено переважання соціальних фобій в загальній структурі фобічних розладів. Показана роль факторів індивідуальної психологічної predisпозиції та впливу чинників зовнішнього середовища на розвиток даної патології. Вивчення клініко-психопатологічної структури невротичних розладів соціального змісту у підлітків показало наявність відмінностей у структурі психопатологічної симптоматики в залежності від типу соціальної фобії.

Незважаючи на значну кількість наукових робіт, присвячених вивченню фобічних розладів та тривалу історію розгляду феномену «фобії» загалом, проблема фобічних порушень залишається актуальною та є далекою від свого вирішення. Значна поширеність фобічних розладів та їх вплив на порушення соціалізації особистості спонукає на проведення подальшого глибокого вивчення психічних порушень даного кола та пошук ефективних методів їх профілактики, корекції та лікування. Особливо гостро стоїть питання наявності фобічних розладів у дітей та підлітків, оскільки синдроми тривоги і страхів відносяться до числа найбільш поширених психопатологічних феноменів даних вікових періодів [1–3,6].

Частка клінічно виражених тривожних розладів (до них віднесені і фобії) в популяції дитячо-підліткового віку розвинених країн складає близько половини від усієї психічної патології в цій віковій групі [1,2,8]. Значна кількість дослідників вказує на те, що реальні цифри поширеності фобічних розладів серед дитячо-підліткової популяції становлять 18–24%, що пов'язано із пізньою діагностикою, недооцінкою важкості стану, тощо [2,3,5]. Особливості підліткового віку, які визначають синдромальну незавершеність, поліморфізм клінічних проявів, а також незрілість ряду психологічних механізмів, в свою чергу, обумовлюють несвоєчасність діагностики психопатологічних утворень фобічного кола [1,4,6].

Як вітчизняними, так і зарубіжними вченими підкреслюється роль соціально-психологічних факторів, преморбідних особливостей підлітків (вроджених і набутих) у формуванні тривожно-фобічних розладів [1,6,7]. Зокрема, із соціально-психологічних факторів заслуговують на увагу: хронічне дисгармонійне функціонування сім'ї, неправильні стилі виховання (кумир сім'ї, гіперопіка, суперечливе, емоційна депривація дитини), симбіотичний зв'язок з одним із батьків, конфліктні відносини із сіблінгами, одностороннє домінування матері, конфлікти у школі, тощо [2,6,8,11].

Поміж культурно-економічних факторів особливо виділяються проблеми, пов'язані з урбанізацією, прискоренням темпу життя і недостатністю вільного часу для відпочинку, розрядки емоційної напруги, незадовільні житлово-побутові умови, зайнятість матері, етнокультуральної проблеми. З біологічних факторів більшість авторів відзначають значимість хронічних стресів матері під час вагітності, внутрішньоутробної і перинатальної гіпоксії плода, пологової травми, інфекцій, інтоксикацій, неонатальних хвороб, перенесених в ранньому дитинстві. Дані чинники сприяють психічному дизонтогенезу і полегшують формування невротичних розладів загалом, та тривожно-фобічних порушень зокрема [7,9,10,12].

Враховуючи вищевикладене, метою даного дослідження є комплексне клініко-психологічне вивчення фобічних розладів у підлітків, спрямоване на встановлення їх поширеності, факторів ризику, типологічної структури, клінічної динаміки та індивідуально-психологічних особливостей особистості підлітків з даним видом патології.

Матеріал та методи дослідження.

Для досягнення поставленої мети дослідження нами використовувався клініко-психопатологічний, анамнестичний метод у поєднанні з анкетною-опитувальником, яка містила питання спрямовані на встановлення наявності та змісту фобічних розладів а також детальний аналіз факторів психічної травматизації. В

анкету були включені питання, які висвітлювали відносини в сім'ї, матеріально-побутові умови, спадкову обтяжливність, шкідливі звички, наявність конфліктних та інших психогенних ситуацій, успішність, наявність важких інкурабельних захворювань одного з батьків, наявність соматичних захворювань у підлітків.

Під нашим спостереженням перебувало 38 підлітків у віці від 12 до 16 років (середній вік 15,4 років); поміж них – 26 дівчат та 12 хлопців, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькому психоневрологічному диспансері. Відбір пацієнтів проводився на основі наступних критеріїв.

Критерії включення:

- Вік – 15–17 років;
- Наявність фобічних розладів на момент обстеження;
- Інформована згода підлітка і його батьків (законних представників) на участь в дослідженні.

Критерії виключення:

- Злоякісні форми психічних хвороб («ядерна» шизофренія, органічні ураження ЦНС/епілепсія з грубою інтелектуально-мнестичною недостатністю);
- Важка сомато-неврологічна патологія;
- Розумова відсталість (помірна/тяжка);
- Немоżliвість отримання достовірних анамнестичних відомостей.

При пато психологічному тестуванні застосовувались психодіагностичні методики: Шкала соціальних фобій Лібовіца, дослідження акцентуації характеру Леонгарда – Шмішека [9]. Враховуючи той факт, що за даними анкетування та індивідуальної бесіди з хворими, у 32 підлітків (84,2%) було діагностовано наявність соціальних фобій, з метою конкретизації виду соціальної фобії, уточнення ступеня її вираженості та уникнення фобічної ситуації нами була використана шкала Лібовіца (С. А. Монтгомери, 2002). Дана методика дозволяє проводити точну і диференційну оцінку ступеня важкості самої фобії і пов'язаного з нею феномена уникнення фобічних ситуацій. Виділяють від 1 до 4 фобій, що домінують в клінічній картині на момент обстеження. Важкість фобій та унікаючої поведінки ранжується пацієнтом за допомогою візуально-аналогової шкали від 0 до 4 балів.

Контрольну групу склали 30 підлітків 13–17 років – учнів загальноосвітніх шкіл м. Вінниці, у яких не відмічались ознаки наявності фобічних розладів.

Статистична обробка отриманих результатів проведена на персональному комп'ютері IBM PC. Використана програма Excel 2003 для Windows.

Результати та їх обговорення.

Структура невротичних розладів у підлітків з наявністю фобій в ранговому співвідношенні представлена соціальною фобією (F40.1) – 19 осіб (50%), соматоформною вегетативною дисфункцією (F45.3) – 8 осіб (21,1%), obsесивно-компульсивним розладом (F42.0) – 4 особи (10,5%), депресивним розладом (F32.0) – 7 осіб (18,4%). Зміст фобічних розладів, які були виявлені в даному дослідженні, стосується, з однієї сторони, синдромально окреслених соціофобічних станів (84,2%), з іншої – представлений монофобіями (15,8%).

Аналіз змістовної сторони психотравмуючих чинників дозволив виділити їх загальні та специфічні ознаки. Встановлено, що для більшості підлітків з фобічними розладами характерним було поєднання факторів психічної травматизації. 26 хворих (68,4%) проживали в повній сім'ї, 8 хворих (21,1%) жили тільки з матір'ю та 4 (10,5%) – проживали з бабусею та дідусем. Дисгармонійні стосунки в сім'ї відзначалися у половини досліджуваних підлітків, незалежно від типу невротичного розладу. Конфлікт на тлі розлучення батьків у хворих з фобічними розладами зустрічався у – $11,82 \pm 1,6\%$.

Рівень навчальних досягнень виявився достатнім – у 6 підлітків (15,8%), середнім – у 22 підлітків (57,9%) та початковим – у 10 підлітків (26,3%). Ні один з обстежених підлітків не приймав участь в предметних, спортивних гуртках та гуртках художньої самодіяльності. У $28,4 \pm 8,6\%$ підлітків визначались конфліктні відносини з однолітками (у вигляді соціальної ізоляції, ворожості).

Обтяженість психічними захворюваннями не була виявлена ні в жодного із обстежених підлітків. 9 обстежених палили тютюнові вироби (23,7%) та 4 (10,5%) періодично вживали алкогольні напої.

Таким чином, найбільш значимими у формуванні фобічного невротичного розладу у підлітків були такі психотравмуючі фактори, як дисгармонійні відносини в сім'ї, порушення взаємин з однолітками та гостра психотравма, обумовлена розлученням батьків, або ж втратою одного з них. Крім того, успішність підлітків з наявністю фобічних розладів була середньою та нижче середньої. Такі підлітки в переважній своїй більшості не захоплювались позакласними видами діяльності.

За шкалою Лібовіца середній сумарний бал ступеню вираженості страху у підлітків з наявністю соціофобічних розладів склав – $78,4 \pm 0,6$ та середній сумарний бал ступеню уникнення фобічної ситуації – $82,2 \pm 0,6$. (Для порівняння, у підлітків контрольної групи середній сумарний бал ступеню вираженості страху становив – $34,6 \pm 0,4$ та ступінь уникнення фобічної ситуації – $38,2 \pm 0,2$). Слід зазначити, що ізольований тип соціальної фобії, тобто наявність вираженого страху лише в одній ситуації та її уникнення, не був виявлений ні в жодного з обстежених підлітків. Середня кількість ситуацій, які викликали максимально виражений страх становила – $4,2 \pm 2,0$ та середня кількість ситуацій, які підлітки, як правило намагались уникнути – $5,4 \pm 2,6$.

Результати проведених досліджень показали, що не дивлячись на цілу низку спільних показників для вивчаємих станів, існує ряд відмінностей в структурі психопатологічної симптоматики, що дозволяє нам виділити 2 типи станів: соціальна фобія із страхом інтерперсональної взаємодії та соціальна фобія із страхом представлення на людях.

У 18 (56,25%) підлітків максимальний ступінь вираженості страху виявився при зіткненні з ситуаціями інтерперсональної взаємодії. Середній вік по групі склав 14,6 років. Повторно госпіталізувались 12 підлітків.

Виражений страх у таких підлітків виникає в ситуаціях спілкування з однолітками, вчителями, зустрічі з малознайомими людьми, тощо. Тривожні думки у них були пов'язані з надуманою власною соціальною неповноцінністю, вони вважали себе не цікавими оточуючим, зовні непривабливими та незграбними.

Зі слів батьків, усім підліткам з раннього дитинства були притаманні тривожні прояви. Вони були надмірно боязкими, сором'язливими, намагались уникати нових знайомств та контактів з іншими дітьми.

В клінічній картині підлітків даної групи домінували тривожно-фобічні та депресивно-фобічні розлади.

Другий тип соціальної фобії – страх представлення на людях – відмічався у 14 (43,75%) хворих. Середній вік склав – 15,8 років. Повторно госпіталізувалось – 8 пацієнтів.

Предметом страху для таких підлітків в переважній більшості випадків були виступ перед аудиторією, демонстрація своїх знань та здібностей і т. ін. Більшість хворих (12 осіб, 85,7%) із наявністю фобії представлення на людях відмітили, що по мірі можливостей, вони прагнули уникати фобічних ситуацій, але враховуючи те, що дуже часто уникнути ситуації представлення на людях буває неможливо, всі підлітки з даним видом соціальної фобії з метою зменшення тривоги використовували захисні дії.

Ще однією особливістю соціальної фобії другого типу було те, що тривога виникала ситуаційно і супроводжувалась вираженим вегетативним компонентом.

Стосовно клінічної картини невротичного розладу у хворих, то в її структурі в даному випадку переважали астено-вегетативні та тривожно-фобічні прояви.

Дослідження домінуючих індивідуально-психологічних рис особистості підлітків показав, що акцентуації характеру мали місце у всіх обстежених підлітків. В переважній більшості хворих було діагностовано тривожний (28,9%), емотивний (21,1%), циклотимний (13,2%) та дистимний (10,5%) типи акцентуації характеру. Вираженість ригідного типу становила – 7,9%, збудливого, педантичного та екзальтованого типів акцентуації характеру – по 5,3%, інші типи акцентуацій не зустрічались.

У хворих з наявністю соціофобічних проявів в клінічній картині невротичного розладу встановлена достовірна різниця у проявах акцентуації характеру в залежності від типу соціальної фобії. Так, у підлітків з наявністю страхів інтерперсональної взаємодії переважав тривожний тип, а у хворих з проявами страху представлення на людях – емотивний тип акцентуації характеру (табл. 1).

Розподіл акцентуацій характеру у підлітків з соціальними фобіями

№ п/п	Тип акцентуації	Страх інтерперсональної взаємодії, % (n=14)	Страх представлення на людях, % (n=18)	P
1.	Ригідний	0	3,1	>0,05
2.	Збудливий	0	3,1	>0,05
3.	Педантичний	3,1	0	>0,05
4.	Тривожний	28,2	6,2	<0,05
5.	Емотивний	6,2	18,8	<0,05
6.	Дистимний	9,4	3,1	>0,05
7.	Циклотимний	6,2	9,4	>0,05
8.	Екзальтований	3,1	0	>0,05

Висновки:

1. В якості факторів, які формують підвищену сприйнятливості підлітка до розвитку фобічних розладів виступають, як біологічна, так і соціально-психологічна передиспозиція.
2. Серед психотравмуючих чинників слід виділити дисгармонійні відносини в сім'ї, порушення взаємин з однолітками та гостра психотравма, обумовлена розлученням батьків, або ж втратою одного з них.
3. Фобічні розлади у підлітків в переважній своїй більшості (84,2 %) представлені соціальними фобіями, які, в свою чергу, за особливостями психопатологічної структури можна розділити на страх інтерперсональної взаємодії та страх представлення на людях.
4. В клінічній картині підлітків із страхом інтерперсональної взаємодії домінували тривожно-фобічні та депресивно-фобічні розлади, а у підлітків із страхом представлення на людях – астено-вегетативна та тривожно-фобічна симптоматика.
5. Конституційно-обумовлені особистісні девіації у підлітків із фобічними розладами представлені в переважній своїй більшості тривожним, емотивним, циклотимним та дистимним типами акцентуацій.
6. Перспективним дослідженням в даному напрямку є удосконалення медико-психологічної реабілітації підлітків із фобічними розладами, розробка індивідуальних ефективних психотерапевтичних, психокорекційних програм та покращення якості життя підростаючого покоління.

Література:

1. Головина А.Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2011, № 2. – С. 15–19.
2. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: Изд-во Эксмо-пресс, 2000–446 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина- 1990-С. 386–394.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике. Под ред. Нуллера Ю.А., Циркина С.Ю. Россия С.-Петербург: Изд-во «Адис», 1994.- 286 с.
5. Мамонтов С.Ю. Страх. Практика преодоления. – СПб.: Питер, 2002.-128 с.
6. Марута Н.А., Данилова М.В. Психопатологические особенности фобий различного генеза // Архив психиатрии – Т10 № 2 (37), С. – 70–74.
7. Монтомери С.А. Социальная фобия, пер. с англ.: – К.: ООО ММК, 2002.– 87 с.
8. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000.- 304 с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Самара: Издатель. Дом «БАХРАХ-М», 2001.-617 с.
10. Фаравелли Ц., Вивiali В., и др. Эпидемиология социальной фобии: клинический подход. // Журнал неврологии и психиатрии.-2001-№ 8-С. 12–17.
11. Stein D. J., Hollander E. Textbook of anxiety disorders. Washington: DC APP 2002.
12. Alloy L., Kelly K., Mineka S. et al. Comorbidity of anxiety and depression disorders: A helplessness perspective. In: J. Maser, C. Cloninger (eds.). Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington 1990.

**КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ
С СОЦИАЛЬНЫМИ ФОБИЯМИ**

Н. Г. Пшук, Л. В. Стукан

Винницкий Национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Ключевые слова: фобия, подростки, клинико-психопатологическая структура.

Исследование посвящено изучению клинических проявлений и психологических особенностей подростков с фобическими расстройствами. Было обследовано 38 подростков с невротическими расстройствами, в клинической картине которых ведущими были фобические проявления. Установлено преобладание социальных фобий в общей структуре фобических расстройств. Показана роль факторов индивидуальной психологической predisposition и воздействия факторов окружающей среды на развитие данной патологии. Изучение клинико-психопатологической структуры невротических расстройств социального содержания у подростков показало наличие отличий в структуре психопатологической симптоматики в зависимости от типа социальной фобии.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PHOBIC DISORDERS IN ADOLESCENCE

N. G. Pshuk, L. V. Stukan, N. P. Kirilyk

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University

Key words: phobia, adolescents, clinical-psychopathological structure.

The research is devoted to the study of clinical displays and psychological peculiarities of adolescents with phobic disorders. 38 adolescents with neurotic disorders, which had a clinical picture with phobia manifestation as leading ones, were examined. Prevalence of social phobia in the general structure of phobic disorders. The role factors of individual psychological predisposition and influence of environment factors for development of this disorder is underlined. Studying of clinic-psychopathological structure of neurotic disorders of the social maintenance in adolescents has shown the presence of differences in structure of psychopathological symptomatic depending on type of a social phobia.

УДК 616.858-008.6:616.895-07

**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
(КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)**

Д. Ю. Сайко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Резюме: обследовано 109 больных болезнью Паркинсона: 33 больных с диагностированным органическим тревожным расстройством F06.4 (основная группа) и 76 без признаков психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована феноменологическая структура тревожного органического расстройства при болезни Паркинсона, а также клинические особенности самой болезни Паркинсона. Выделены основные особенности клиники органического тревожного расстройства на фоне болезни Паркинсона. Установлены положительные корреляции между органическим тревожным расстройством и акинетико-ригидно-дрожающей формой, умеренно-быстрым типом прогрессирования и 2–3 стадией болезни Паркинсона. Выявлено, что наличие органического тревожного расстройства способствует формированию когнитивных и двигательных нарушений при болезни Паркинсона.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, органическое тревожное расстройство личности, клинико-психопатологические особенности.

На сегодняшний день, в связи с прогрессивным увеличением количества пожилых людей в структуре общества, болезнь Паркинсона представляет собой не только актуальную медицинскую, но и социальную проблему. Согласно новейшим исследованиям, до 1 % взрослого населения Европы в возрасте до 60 лет поражено паркинсонизмом, в группе 60–80 летних этот показатель доходит до 5–10 %. Число случаев заболевания неуклонно растет, недуг молодеет – увеличивается количество пациентов в возрасте от 30 до 40 лет [1–3,5].

Особую актуальность представляют собой нервно-психические нарушения, сопровождающие болезнь Паркинсона. В ряде исследований отмечено, что психопатологические нарушения, в частности депрессивные и тревожные расстройства, являются важной составляющей клинической картины болезни Паркинсона [4,6]. Согласно данным литературы наличие тревожных расстройств отмечается у 40 % больных болезнью Паркинсона, что значительно выше, чем в общей популяции населения [10]. Более того, наличие тревожных расстройств коррелирует с более высокими показателями инвалидизации и низкими показателями качества жизни [7].

Однако диагностика психических нарушений осложняется их клинической схожестью с двигательными и недвигательными проявлениями болезни Паркинсона [8,9]. В связи с чем, изучение клинических особенностей протекания психической патологии, в частности тревожных расстройств при болезни Паркинсона представляется особо актуальным для разработки критериев ранней диагностики.

Вышеизложенное и определило цель настоящего исследования – изучить клинико-психопатологические особенности протекания органического тревожного расстройства при болезни Паркинсона.

В исследовании приняло участие 109 больных болезнью Паркинсона: 33 больных с диагностированным органическим тревожным расстройством F06.4 (основная группа) и 76 без признаков психических нарушений (контрольная группа).

Использовались клинико-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; и психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS).

Согласно данным нашего исследования в структуре психической патологии больных болезнью Паркинсона органическое тревожное расстройство F06.4. диагностировалось в 11,1 % случаев.

Средний возраст больных паркинсонизмом с органическим тревожным расстройством F06.4 составлял $65,2 \pm 1,9$ лет, а длительность заболевания – $14,9 \pm 2,3$ лет (при $p < 0,05$).

Согласно анализу позитивных и негативных симптомов психических расстройств по шкале PANSS органическое тревожное расстройство F06.4 у больных паркинсонизмом проявлялось: в средней степени выраженности тревожным состоянием (в 75,8 % случаев, при $p < 0,01$), нарушением абстрактного мышления (в 72,7 % случаев, при $p < 0,01$) и напряженностью (в 69,7 % случаев, при $p < 0,01$); в умеренной степени выраженности нарушениями внимания (в 78,8 % случаев, при $p < 0,01$), расстройствами воли (в 78,8 % случаев, при $p < 0,01$), стереотипным мышлением (в 69,7 % случаев, при $p < 0,01$), недостаточностью суждений и критики (в 66,7 % случаев, при $p < 0,01$), активной социальной устранимостью (в 60,6 % случаев, при $p < 0,01$).

Признаки депрессии (по результатам шкалы MADRS) у больных паркинсонизмом с органическим тревожным расстройством F06.4, так же как и у больных контрольной группы отсутствовали ($10,1 \pm 2,3$ балла и $8,2 \pm 3,1$ балла, соответственно).

По данным клинической шкалы тревоги (CAS) у больных с болезнью Паркинсона и органическим тревожным расстройством F06.4 отмечалась высокая степень выраженности тревожности ($20,2 \pm 1,1$ баллов), больные контрольной группы характеризовались её низким уровнем ($4,7 \pm 2,0$ балла) (при $p < 0,05$).

Среди моторных расстройств психопатологического генеза у больных паркинсонизмом и органическим тревожным расстройством F06.4, в 36,4 % случаев отмечалось двигательное беспокойство (заламывание рук, покусывание ногтей, губ, неусидчивость и т.д.) (при $p < 0,01$). В контрольной группе двигательные расстройства психопатологического генеза не наблюдались.

Анализ уровня когнитивного дефицита (по данным Mini Mental State Examination – MMSE), продемонстрировал, наличие в группе больных паркинсонизмом с тревожным расстройством F06.4 умеренных когнитивных изменений (в 69,7% случаев), в контрольной группе умеренные когнитивные изменения отмечались значительно реже (в 7,9% случаев), при $p < 0,01$.

Основными расстройствами мышления и когнитивных функций у больных паркинсонизмом с расстройством F06.4 являлись: снижение уровня концентрации внимания (в 78,8% случаев), ригидность мышления (в 72,7% случаев), нарушения памяти (в 69,7% случаев), трудности в принятии решений (в 66,7% случаев), чувствительность к критике в свой адрес (57,6% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные расстройства мышления и когнитивных функций не превышали 17,1%, 13,2%, 19,7%, 6,6%, 3,9%, соответственно (при $p < 0,01$).

Среди расстройств поведения у больных паркинсонизмом и расстройством F06.4 преобладали: тревожные (в 93,9% случаев) и ананкастные расстройства (в 57,6% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленных расстройств поведения не наблюдалось (при $p < 0,01$).

Из эмоциональных расстройств у больных органическим тревожным расстройством F06.4 и болезнью Паркинсона наиболее часто встречались: тревога – в 93,9% случаев, эмоциональная лабильность – в 75,8% случаев, неудовлетворенность собой – в 39,4% случаев, отчаяние – в 39,4% случаев, боязнь – в 36,4% случаев. У больных контрольной группы вышеперечисленные эмоциональные расстройства встречались значительно реже в 9,2%; 10,5%; 10,5%; 10,5% случаев, эмоций отчаяния в контрольной группе не наблюдалось (при $p < 0,01$).

Среди соматовегетативных расстройств у больных с болезнью Паркинсона и F06.4 преобладали: вегетативно-висцеральные кризы (в 72,7% случаев, при $p < 0,01$), гипергидроз (в 69,7% случаев, при $p < 0,05$), нарушение сна (в 60,6% случаев, при $p < 0,01$), сексуальные нарушения (в 48,5% случаев, при $p < 0,01$), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (в 33,3% случаев, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы вышеперечисленные соматовегетативные нарушения отмечались в 15,8%, в 35,5%, в 17,1%, 22,4% и в 6,6% случаев, соответственно.

При катамнестическом наблюдении, после проведенного лечения органического тревожного расстройства F06.4 у больных паркинсонизмом регрессировали тревожные расстройства в поведении и в моторике, улучшились коммуникативные функции, регрессировали эмоциональные расстройства, за исключением эмоциональной лабильности, которая значительно ослабилась, стабилизировалось вегетативное состояние, в мышлении восстановилась критика, способность принимать адекватные решения, улучшились когнитивные функции, но по-прежнему, у больных этой группы отмечался умеренно-выраженный когнитивный дефицит.

Изучение клинических особенностей болезни Паркинсона у больных с расстройством F06.4 (по данным MDS-UPDRS), в сравнении с больными контрольной группы, продемонстрировало, что основными немоторными проявлениями болезни Паркинсона с расстройством F06.4 являлись выраженное тревожное состояние ($2,3 \pm 0,3$, при $p < 0,01$); умеренное нарушение когнитивных функций ($1,5 \pm 0,4$, при $p < 0,05$), признаки синдрома дофаминовой дисрегуляции ($1,4 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), боль и другие ощущения ($1,3 \pm 0,1$, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы выраженность вышеуказанных немоторных проявлений болезни Паркинсона не превышала уровня в $0,6 \pm 0,2$; $0,8 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,2$ и $0,4 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

Среди моторных проявлений болезни Паркинсона с органическим тревожным расстройством, больные отмечали наличие умеренных расстройств вставания ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), расстройств поворотов в постели ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), расстройств письма ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), расстройств ходьбы и рисования ($1,5 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), расстройств речи ($1,5 \pm 0,3$, при $p < 0,01$) и застывания ($1,4 \pm 0,1$, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы выраженность вышеперечисленных двигательных расстройств не превышала $0,8 \pm 0,1$; $0,6 \pm 0,3$; $1,2 \pm 0,4$; $0,7 \pm 0,4$; $0,6 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,3$ баллов, соответственно.

По результатам экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с расстройством F06.4 отмечалось наличие в умеренной выраженности расстройств вставания ($1,6 \pm 0,1$, при $p < 0,01$), ригидности ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), расстройств движения руками ($1,5 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), нарушений постральной устойчивости ($1,4 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), брадикинезии ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), застывания при ходьбе ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), расстройства пронации и супинации ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), нарушения выражения лица ($1,2 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), расстройств речи ($1,2 \pm 0,2$, при $p < 0,05$). В контроль-

ной группе выраженность этих расстройств составляла $0,6 \pm 0,3$; $1,0 \pm 0,5$; $0,7 \pm 0,2$; $0,7 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,3$; $0,5 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,2$; $0,5 \pm 0,3$; $0,7 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

Из двигательных осложнений в группе больных паркинсонизмом с расстройством F06.4 выявлены в умеренной степени выраженности влияние флюктуаций на функциональную активность ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), влияние дискинезий на функциональную активность ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), особенности двигательных флюктуаций ($1,2 \pm 0,1$, при $p < 0,01$), продолжительность дискинезий ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,05$). В контрольной группе данные осложнений составила $0,8 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,2$; $0,4 \pm 0,1$ и $0,7 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и органическим тревожным расстройством F06.4 показал наличие позитивных корреляций между органическим тревожным расстройством F06.4 и акинетико-ригидно-дрожательной формой болезни Паркинсона ($r=0,53$), умеренно-быстрым типом прогрессирования болезни Паркинсона ($r=0,79$) и 2–3 стадией болезни Паркинсона ($r=0,7$).

Анализ дневной двигательной активности больных паркинсонизмом продемонстрировал значительное преобладание при расстройстве F06.4 больных с 60% дневной двигательной активностью (в 51,5% случаев), среди больных контрольной группы этот уровень дневной двигательной активности наблюдался в 13,2% случаев (при $p < 0,01$). Таким образом, у большей части пациентов с болезнью Паркинсона и органическим тревожным расстройством F06.4 дневная двигательная активность характеризовалась высокой степенью зависимости, больные могли выполнять большую часть домашней работы, но очень медленно и с большими усилиями и ошибками. Вышеизложенное позволяет заключить, что наличие органического тревожного расстройства у больных болезнью Паркинсона способствует формированию двигательных осложнений и когнитивного дефицита.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить основные клинко-психопатологические особенности протекания органических тревожных расстройств на фоне болезни Паркинсона, которые заключались в преобладании тревожных и ананкастных расстройств поведения с активной социальной устранимостью и волевыми расстройствами; наличии высоко выраженной тревоги, в средней степени выраженности эмоциональной лабильности, напряженности, отчаяния и боязни; умеренных нарушений когнитивной сферы в виде снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, расстройств памяти, стереотипного мышления, трудностей в принятии решений, нарушений абстрактного мышления, недостаточности суждений и критики; наличии двигательного беспокойства, вегетативно-висцеральных кризов, гипергидроза, нарушений сна и сексуальных нарушений.

Органические тревожные расстройства формировались преимущественно у больных с длительностью заболевания болезнью Паркинсона $14,9 \pm 2,3$ лет, при 2–3 стадии болезни Паркинсона, ее акинетико-ригидно-дрожательной форме и умеренно-быстром типе прогрессирования. У больных с органическим тревожным расстройством на фоне болезни Паркинсона отмечалось наличие умеренных двигательных осложнений, умеренного когнитивного дефицита и преобладание 60% дневной активности, у больных же контрольной группы данные проявления болезни Паркинсона были выражены в легкой степени.

Полученные в ходе исследования данные представляется необходимым учитывать в проведении дифференциальной диагностики органических тревожных расстройств при болезни Паркинсона.

Список литературы

1. Болезнь Паркинсона: диагностические критерии и стратегия лечения: учебное пособие/И. Ю. Головченко, И. Н. Карабань, Т. Н. Калищук-Слободин и др. – 2008. – 68 с.
2. Головченко, Ю. И. Болезнь Паркинсона диагностические критерии и стратегия лечения [Текст]/Ю. И. Головченко, И. Н. Карабань, Т. Н. Калищук-Слободин с соавт. – К.: БВИ-Принт, 2008. – 68 с.
3. Голубев, В. А. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма [Текст]/В. А. Голубев, Я. И. Левин, А. М. Вейн. – М.: Медпресс, 2000. – 416 с.
4. Депрессия и тревога при болезни Паркинсона/Н. В. Федорова, А. В. Мирецкая, Т. К. Кулуа//Журнал «Трудный пациент», № 7. – 2006, с. 35–38
5. Левин, О. С. Болезнь Паркинсона [Текст]/О. С. Левин, Н. В. Федорова. – М.: Медицина, 2006. – 256 с.
6. Смоленцева И. Г., Левин О. С., Иванов А. Ю. Немоторные флюктуации при болезни Паркинсона. Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса. Москва, 22–23 сентября 2008 г., с. 108.
7. 4. Mondolo F. Evaluation of anxiety in Parkinson's disease with some commonly used rating scales//F. Mondolo, M. Jahanshahi, A. J. Grana//Neurol. Sci. – 2007. – 28. – P. 270-

8. Chaudhuri K.R. The non motor symptoms of Parkinson's disease. Diagnosis and management/K.R. Chaudhuri, D. Healy, A.V. Schapira//Lancet Neurology. – 2006. – 5. – P. 235–245.
9. MCKinlay A. A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinson's disease patients without dementia/A. MCKinlay, R.C. Grace, J.C. Dalrymple- Alford//Parkinsonism Relat. Disord. – 2008. – 14. – P. 37–42.
10. Nuti A. Psychiatric comorbidity in a population of Parkinson's disease patients/A. Nuti, R. Ceravolo, A. Piccinini//Eur.J. Neurol. – 2004. – 11. – P. 315–320.

ANXIOUS DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE (A CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS)

D. Yu. Sayko

“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine” SI

Resume: One hundred nine patients with Parkinson's disease (PD) were examined including 33 patients with a diagnosed organic anxious disorder F06.4 (the main group) and 76 patients with PD without signs of mental disorders (the control group). A phenomenological structure of organic anxious disorder in PD as well as clinical peculiarities of PD itself have been analyzed. The main clinical peculiarities of organic anxious disorder on the PD background were determined. The positive correlations between organic anxious disorder and PD akinetic-rigid-tremor form, moderately fast type of PD progression, and II–III PD stages were found out. It was defined that a presence of organic anxious disorder promoted a formation of cognitive and motor impairments in PD.

Key words: Parkinson's disease, organic anxious personality disorder, clinical-psychopathological peculiarities

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ)

Д. Ю. Сайко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Резюме: обстежено 109 хворих хворобою Паркінсона: 33 хворих з діагностованим органічним тривожним розладом F06.4 (основна група) і 76 без ознак психічних порушень (контрольна група) Проаналізовано феноменологічна структура тривожного органічного розладу при хворобі Паркінсона, а також клінічні особливості самої хвороби Паркінсона. Виділено основні особливості клініки органічного тривожного розладу у хворих хворобою Паркінсона. Встановлено позитивні кореляції між органічним тривожним розладом і акінетико-ригідно-тримтільною формою, помірно-швидким типом прогресування та 2–3 стадією хвороби Паркінсона. Виявлено, що наявність органічного тривожного розладу сприяє формуванню когнітивних і рухових порушень при хворобі Паркінсона.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, органічний тривожний розлад особистості, клініко-психопатологічні особливості

ФАРМАКОТЕРАПІЯ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ДЕПРЕСИВНОГО РЕГІСТРУ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПТИЧНУ ХВОРОБУ З СЕКСУАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

А. М. Скрипніков, В. В. Шиндер, Г. Т. Сонник, Л. В. Животовська

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Ключові слова: епілепсія, сексуальна дисфункція, афективні порушення, агомелатін.

Резюме: в роботі наведені результати порівняльного дослідження терапевтичної ефективності препарату з групи агомелатину в комбінації з антиконвульсантами при лікуванні афективних порушень депресивного реєстру в хворих на епілепсію з сексуальними розладами. Результати дослідження показали, що препарат добре переносився хворими, знижував вираженість депресивних та частоту пароксизмальних станів у пацієнтів, позитивно впливав на їх сексуальну функцію, сприяв покращенню комплаєнса між лікарем та пацієнтом.

Епілепсія являється одним з найбільш актуальних та складних захворювань в лікувально-діагностичному процесі. Серед психічних захворювань вона займає четверте місце, серед неврологічних – третє [1]. Крім конвульсивних проявів, протікання епілепсії пов'язане з поширенням гетерогенних патологічних (в т.ч. коморбідних) станів [2]. В інтеріктальний період епілептична хвороба, крім особистісних, специфічних когнітивних розладів, характеризується афективними порушеннями у вигляді депресивної симптоматики. В дослідженнях показано, що депресивні стани – одне з найбільш частих порушень при епілепсії, які зустрічаються в 20–55% випадків при повторних нападах та в 3–9% – при їх відсутності [3]. Частота депресивних станів у хворих на епілепсію значно перевищує відповідні показники в загальній популяції [4], а поширеність суїцидальних спроб серед даного контингенту хворих складає від 1,7 до 3,65% всіх суїцидентів [5].

Епілепсія в 30–60% випадків стає причиною сексуальної дисфункції [6]. Розлади в сексуальній сфері мають складні механізми розвитку, зокрема, при цих порушеннях відіграють значну роль поєднання дизонтогенетичних і соціальних факторів. Характерні для епілептичної хвороби емоційні порушення мають патопластичний вплив на сексуальну сферу [7–8]. Вказані причинні фактори нерідко призводять до соціальної дезадаптації самих хворих, знижують показник якості життя [9].

Тому пошук ефективних методів терапії при афективних порушеннях у хворих на епілепсію з сексуальною дисфункцією залишається одним із пріоритетних завдань сучасної медицини. Традиційно при депресивних порушеннях рекомендують призначати трициклічні антидепресанти [10–11]. Деякі автори [12] відзначають, що такі препарати, як кломіпрамін, бупропіон і мапротилін не повинні використовуватися у пацієнтів з епілепсією через схильність збільшувати частоту та посилювати епілептичні напади. Немає єдиної думки щодо призначення селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (СІЗЗС). Чисельна група СІЗЗС, включаючи пароксетин, флуоксетин і флувоксамін, являються інгібіторами СYP 450 і можуть призводити до підвищення або доводити до токсичних доз антиконвульсантів. Але при цьому більшість спеціалістів рекомендують призначення селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну з низьким рівнем метаболічної взаємодії, а саме сертраліну або циталопраму, в якості першого вибору при лікуванні депресивних розладів у хворих на епілепсію [13].

Відомо, що вибираючи антидепресант для кожного конкретного хворого, лікар повинен враховувати різні фактори, в тому числі ефективність, хорошу переносимість лікарського засобу, відсутність прямого або посереднього проконвульсивного ефекту, простоту прийому, профіль побічних явищ та вартість. Фармакологічна спрямованість антидепресанта має додатково, при можливості, включати антиконвульсивну дію.

Нові перспективи у вирішенні проблеми лікування депресивних розладів у хворих на епілепсію з сексуальною дисфункцією намітилися завдяки відкриттю препарату агомелатину (мелітору), що впливає на мелатонінергічну нейрорецепторну систему. Як відомо, агомелатін є агоністом двох типів мелатонінових рецепторів, кількість яких є найбільшою в супрахіазматичному ядрі гіпоталамуса, де також локалізовано найбільша кількість серотонінових рецепторів. Саме антидепресивний та анксиолітичний ефекти пов'язані з антагоністичною активністю по відношенню до серотонінових рецепторів.

В сучасних літературних джерелах наголошується на антиконвульсивних властивостях мелатоніну, нейрофізіологічні властивості якого полягають в забезпеченні адекватного рівня біоелектричної активності головного мозку та асоційовані з циркадними ритмами, що попереджує розвиток епілептичної хвороби [14–17].

Метою нашого дослідження було визначення терапевтичної ефективності агомелатіну при лікуванні афективних порушень у чоловіків з сексуальною дисфункцією, які хворіють на епілепсію.

Нами обстежено 53 хворих на епілепсію віком від 23 до 65 років, всі чоловіки, які проходили курс лікування в умовах ПОКПА та ППНД за період 2010–2012 років. Обстеження проводилось в інтеріктальний період хвороби. Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10 (F 06.33). Дослідження показало, що середній вік пацієнтів склав $46 \pm 7,4$ років, тривалість захворювання на момент обстеження становила $24,8 \pm 4,2$ років, а його дебют спостерігався в $22,8 \pm 3,8$ років. На ідіопатичну епілепсію хворіли 21 (39,62%) осіб, на симптоматичну – 32 (60,38%).

У клінічній картині 15 (28,30%) хворих відмічалась тривожно-депресивна симптоматика. Вони скаржились на пригнічений настрій, внутрішню напругу, неспокій, почуття провини, вегетативні розлади у вигляді тахікардії та неприємних відчуттів в ділянці серця, порушення сну з частими пробудженнями. При вивченні сексуальних порушень у всіх досліджуваних відмічалось зменшення кількості статевих актів та порушення ерекції.

В 21 (39,62%) випадків виявлена депресивно-іпохондрична симптоматика з дратівливістю, відчуттям невдоволення, плаксивістю та іпохондричними скаргами. Переважаючими сексуальними порушеннями були зниження лібідо, гіпоерекція та еякуляторні розлади.

У 23 (43,40%) осіб мав місце дисфоричний варіант депресії, при якій крім типових депресивних симптомів, відмічалися туга, тривога, злостивість, напруженість, агресивність в поведінці, вибуховість та сексуальні порушення у вигляді гіпоерекції та гіпооргазмії.

Для оцінки терапевтичних ефектів використовували клініко-психопатологічний метод, шкалу загального клінічного враження (CGI), шкалу депресії Гамільтона (HDRS). Сексологічне обстеження проводилось за допомогою методу системно-структурного аналізу сексуального здоров'я по В.В. Кришталю, опитувальника СФЧ [19].

Усі хворі були поділені на 2 групи. До першої (основної) групи 26 осіб (49,06%) увійшли пацієнти, яким на фоні прийому антиконвульсантів призначався мелітор в добовій дозі 25–50 мг. До другої (контрольної) групи увійшло 27 (50,94%) пацієнтів, які приймали традиційну терапію антиконвульсантами. Групи були репрезентативні за віком та клінічними характеристиками. Препарати групи похідних вальпроєвої кислоти в дозі 600–1200 мг приймали 32 (60,38%) особи, імуностильбени (карбамазепін) в дозі 600–1000 мг – 21 (39,62%).

На початковому етапі лікування агомелатином дозування було 25 мг перорально на ніч одноразово. При відсутності редукції вказаних афективних порушень з 2-го тижня при потребі доза його збільшувалася до 50 мг перорально на ніч одноразово. Психічний стан та його динаміку оцінювали до лікування, через 2, 4 та 8 тижнів терапії.

Результати обстеження за шкалою HAMD у I та II групах пацієнтів протягом дослідження детально відображені в табл. 1. Вираженість депресії за шкалою Гамільтона до лікування в основній групі складала 19–27 балів, в контрольній – 18–28. Динаміка показників за шкалою Гамільтона склала 8,13 бала в основній та 5,48 – в контрольній групі ($p < 0,05$).

Результати порівняльного дослідження показали, що в усіх пацієнтів основної групи помітне поліпшення стану з вираженою редукцією депресивної симптоматики з'явилося вже на 2-й тиждень терапії, а у пацієнтів 2-ї групи – на 4-й тиждень. Слід відмітити, що агомелатин проявляв збалансовану анксиолітичну, тимолептичну дію та позитивно впливав на диссомнічні порушення. Власне тимолептичний та анксиолітичний ефекти домінували з 12–14 дня терапії. Усього, за шкалою CGI-I, на 8-му тижні терапії значне покращення стану було зафіксовано у 14 (53,84%) осіб основної групи та 8 (29,63%) осіб контрольної групи, помірне покращення – у 8 (30,77%) та 6 (22,22%) осіб відповідно, незначне покращення – у 4 (15,38%) та 7 (25,93%) осіб. У 4 (14,82%) осіб контрольної групи з дисфоричним варіантом депресії стан залишався без ефекту.

За період спостереження у пацієнтів першої групи частота пароксизмальних станів в 16 (61,54%) випадків мала тенденцію до зменшення, у пацієнтів другої групи частота нападів суттєво не змінилася. Всі пацієнти основної групи суб'єктивно відмічали покращення сексуальної функції.

Таким чином, агомелатін в поєднанні з антиконвульсивною терапією сприяв більш швидкій та глибокій редукції супутньої депресивної симптоматики. В наших спостереженнях агомелатін не провокував розвиток конвульсивних проявів або їх еквівалентів, добре переносився хворими в комбінації з різними групами антиконвульсантів. Тому застосування агомелатину є перспективною альтернативною терапією таких станів, що дозволяє оптимізувати лікування та підвищити реабілітаційний потенціал хворих на епілепсію з сексуальними порушеннями.

Таблиця 1

**Динаміка показників за шкалою HAMD
протягом 8-ми тижневого періоду лікування**

Тиждень лікування	I група n=26	II група n = 27
0	21, 44	24, 32
2	19, 18	24, 15
4	18,68	21, 25
8	13,31	18, 84
Різниця між показниками до і після лікування	8,13	5,48

Література

1. Краснов В.Н. Современные методы диагностики и терапии эпилепсии [Электронный ресурс]/В.Н. Краснов, Э.А. Максимова//Современные методы диагностики и терапии эпилепсии: материалы Российской науч.-практич. конф. 27–28 нояб. 1997 г., г. Смоленск; под ред. В.Н. Краснова, Э.А. Максимова. – Москва, 1997. – Т. 94. – Режим доступа: <http://epifaq.narod.ru/bibliot/b002/confsm00.html>, свободный.
2. Харитонов В.И. Эпилепсия и коморбидные психические расстройства/В.И. Харитонов// НейроNews. – 2009. – № 8 (19). – С. 13–15.
3. Ettinger, A.B. Depression and comorbidity in community – based patients with epilepsy or asthma/A. B. Ettinger, M. Reed, J. Cramer//Neurology. – 2004. – № 63. – P. 1008–1014.
4. Kanner A. M. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment/A. M. Kanner//Biol. Psychiatry. – 2003. – № 54. – P. 388–398.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология/Л.Н. Юрьева.- Днепропетровськ.: «Пороги». – 2006. – 241 с.
6. Суягин В.М. К клинике сексуальных нарушений у больных эпилепсией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/В.М. Суягин – Пенза, 1972. – 21 с.
7. Andermann F. Temporal role and mesiotemporal epilepsy: introductory remarks/F. Andermann// Epileptic. Dis.- 2002.- 4 (Suppl 1). – P. 7–8.
8. Pritchard P.B. Hyposexuality: a complication of complex partial epilepsy/P. B. Pritchard//Trans. Am. Neurol. Assoc. – 1980. – V.105. – P.193–195.
9. Tylor D.C. Sexual behavior and temporal lobe epilepsy/D. C. Tylor//Arch. Neurol. – 1969. – V.21. – P. 510–516.
10. Kanner A. M. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment/A. M. Kanner//Biol Psychiatry. – 2003. – 54. – P. 388–398.
11. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных: руководство для врачей/Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. – Москва: «Медицина». – 1988. – С. 358–359.
12. Harden C.L. Mood disorders in patient with epilepsy/C.L. Harden, M. A. Goldstein//CNS Drugs. – 2002.- 16 (5).- P. 291–302.
13. Kanner A. M. Depressive disorders in epilepsy/A. M. Kanner//Neurology. – 1999. – 53 (5), Suppl 2. – P. 26–32.
14. Gaby A. R. Natural approaches to epilepsy/A. R. Gaby//Altern. Med. Rev. – 2007. – 12 (1). – P. 9–24.
15. Gupta M. Add-on melatonin improves quality of life in epileptic children on valproate monotherapy: randomized, double-blind, placebo controlled trial/M. Gupta, S. Aneja, K. Kohli//Epilepsy Behav. – 2004. – 5 (3). – P. 316–321.
16. Gupta M. Add-on melatonin improves sleep behavior in children with epilepsy: randomized, double-blind, placebo-controlled trial/M. Gupta, S. Aneja, K. Kohli//J. Child Neurol. – 2005. – 20 (2). – P. 112–115.
17. Rufo-Campos M. Melatonin and epilepsy/M. Rufo-Campos//Rev. Neurol. – 2002.- 35, Suppl 1. – P. 51–58.
18. Кришталь В.В. Сексология: Руководство в 4-х частях/В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. – Харьков: «Академия сексологических исследований», 1999. – 111 с.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО РЕГИСТРА
У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СЕКСУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Скрипников А. Н., Шиндер В. В., Сонник Г. Т., Животовська Л. В.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Ключевые слова: эпилепсия, сексуальная дисфункция, аффективные нарушения, агомелатин.

Резюме: в работе представлены результаты сравнительного исследования терапевтической эффективности препарата группы агомелатина в комбинации с антиконвульсантами в лечении аффективных нарушений депрессивного регистра у больных эпилепсией с сексуальными расстройствами. Результаты исследования показали, что препарат имел хорошую переносимость, способствовал редукции депрессивных и пароксизмальных состояний у пациентов, положительно влиял на сексуальную функцию, способствовал улучшению комплайенса между врачом и больным.

**PHARMACOTHERAPY AFFECTIVE DISORDERS DEPRESSIVE REGISTER
IN PATIENTS WITH DISEASE EPILEPTIC WITH SEXUAL DYSFUNCTION**

Skripnikov A. M., Shynder V. V., Sonnyk H. T., Zhyvotovska L. V.

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

Keywords: epilepsy, sexual dysfunction, affective disorders, agomelatine.

Summary: The paper presents the results of a comparative study of the therapeutic efficacy of agomelatine in combination with anticonvulsants in the treatment of affective disorders in patients with depressive register on epilepsy with sexual disorders. The results showed that the drug was well tolerated, contributed to the reduction of depression and paroxysmal states in patients with a positive influence on their sexual function, contributed compliance improvement between doctor and patient.

УДК 616.895.001.33 (477)

**РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ
В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

С. С. Шум, А. А. Суховей, В. А. Сидоров

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: реактивные (психогенные) психозы, отечественная классификация психических болезней.

Учение о психогенных заболеваниях и, в частности, о реактивных психозах относится к наиболее спорным областям психиатрии [8]. В то же время, при пристальном изучении практически любой из групп психических болезней, высказывания подобного рода будут такими же уместными. Широкое поле для дискуссии открывается вследствие недостаточного соответствия принятой в отечественной психиатрии *нозологической концепции* требованиям *нозологического принципа* – наличия доказанной этиологии, патогенеза, единообразия клинической картины, течения, исхода заболевания. Этим недостатком, характерным для данной области знаний, воспользовались авторы Международной классификации болезней и в последнем ее пересмотре подменили понятия «заболевание», «болезнь» понятиями «расстройство», «реакция»; кроме того, исключили ряд диагностических единиц, в том числе и психогенные заболевания.

Фактический отказ разработчиков Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) от нозологического подхода в диагностике психических заболеваний, вследствие «неясности этиологии», можно было бы рассматривать как переход к широко пропагандируемому последователями МКБ-10 «постнозологическому» периоду развития клинической психиатрии – переход к синдромальному принципу диагностики. Но в МКБ-10 нет синдромов в их классическом понимании. Вслед за внедрением МКБ-10 неизбежно следует переход к анологичному, *описательному* уровню, основанному не на принципах клинической медицины, но, в соответствии с мировыми тенденциями, – медицины доказательной [9]. Сами авторы МКБ-10 указывают, что «настоящие описания и [диагностические] указания не несут в себе теоретического смысла», «они представляют собой *просто группы симптомов* и комментарии, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира *договорились* как о приемлемой основе определения границ категорий в классификации психических расстройств» [5]. Учитывая вышеизложенное, возникают сомнения в допустимости абсолютизации МКБ-10 как диагностического инструмента, утвержденного Законом Украины «О психиатрической помощи» для использования в клинических целях [3].

При проведении судебно-психиатрической экспертизы лицам, которые совершили преступления и заболели психическим расстройством в условиях проведения судебно-следственных мероприятий, судебно-психиатрическое заключение часто формулируется в соответствии с отечественной классификацией реактивных психозов. Поэтому сведения о различных вариантах данной классификации имеют значение для понимания того, как именно используются экспертом специальные знания в уголовном судопроизводстве Украины. В сложившейся ситуации возникает необходимость подробнее рассмотреть, что представляет собой отечественная (традиционная, национальная) классификация реактивных психозов.

Традиционно под реактивными (психогенными) состояниями понимают временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на психическую травму; среди реактивных состояний выделяют неврозы и реактивные психозы [4]. Реактивным психозам дают определение, как психическим нарушениям психотического уровня, возникающим в результате воздействия сверхсильных потрясений, неблагоприятных событий и значимых для личности психических травм [7]. В отечественной психиатрии реактивные (психогенные) психозы рассматриваются как группа заболеваний, которая объединяет отдельные формы заболеваний с общей этиологией (личностно значимым психотравмирующим воздействием), патогенезом (обусловленным нейрофизиологическими механизмами при наличии определенных predispositional факторов) и клинической картиной (которая, несмотря на свое разнообразие по спектру, продолжительности и интенсивности, носит временный и обратимый характер).

Однако научное обоснование и признание современным мировым сообществом установленного этиопатогенеза реактивных психозов, как и большинства психических болезней, отсутствует. Кроме того, реактивные психозы объединяют различные по клинической картине и динамике расстройства, чем и объясняется отсутствие их общепринятой классификации [7]. Важно также учитывать, что значительное число диагностических и экспертных расхождений, искажающих клинико-динамические характеристики реактивных психозов, может быть обусловлено ошибочной диагностикой той или иной формы реактивного психоза, вследствие несвоевременного распознавания эндогенного заболевания [2], а также достаточно распространенным явлением метасимуляции психогенных заболеваний в судебно-психиатрической практике [6].

Современная отечественная (традиционная, национальная) классификация реактивных психозов разрабатывалась во второй половине XX века, преимущественно московской школой отечественной психиатрии. Благодаря преемственности украинской общей и судебной психиатрии, достижения, подтвержденные многолетней практикой, широко использовались в нашей стране на протяжении всего периода независимости Украины, поэтому любое из названий данной классификации психических болезней – «отечественная», «традиционная», «национальная» – отражает ее непосредственное значение для украинской психиатрии. Существующие различия основных принципов систематизации среди вариантов отечественных классификаций реактивных психозов обусловлены как эволюцией научных знаний, так и субъективной приверженностью разработчиков. В результате анализа разновидностей отечественной классификации реактивных психозов, была установлена общность и повторяемость форм данного заболевания. Ниже представлены несколько наиболее известных классификаций реактивных психозов, в понимании отечественной общей и судебной психиатрии.

Н. И. Фелинская (1968) [10] в своей классификации среди реактивных психозов выделяет две группы: типичные реактивные психозы и атипичные реактивные состояния.

Классификация реактивных психозов по Н. И. Фелинской (1968).

I. Типичные реактивные психозы.

1. Острые шоковые реактивные психозы:
 - а) психомоторное возбуждение;
 - б) психомоторная заторможенность;
 - в) острые психозы страха;
 - г) острая психогенная речевая спутанность;
 - д) патологический аффект и «реакция короткого замыкания».
2. Подострые реактивные психозы:
 - а) психогенная депрессия;
 - б) психогенный параноид и галлюциноз;
 - в) бредоподобные фантазии;
 - г) синдром Ганзера и псевдодеменция;
 - д) синдром пуэрилизма;
 - е) синдром регресса психики («одичания»);
 - ж) психогенный ступор.
3. Затяжные реактивные психозы:
 - а) непрогрессирующие затяжные психозы;
 - б) трансформирующиеся затяжные психозы;
 - в) вялопрогредиентные затяжные психозы.
4. Рецидивы и повторные реактивные психозы.

II. Атипичные реактивные состояния.

1. Стертые формы реактивных состояний.
2. Реактивные состояния, возникающие на фоне других психических заболеваний:
 - а) у больных шизофренией;
 - б) у больных эпилепсией;
 - в) у больных олигофренией;
 - г) у больных органическими поражениями ЦНС.

Таким образом, данная классификация предлагает деление реактивных психозов по их типичности и течению. Включение в число атипичных реактивных психозов стертых, клинически неясно очерченных форм, а также реактивных состояний, возникающих на фоне других психических заболеваний, расширяет возможности данной классификации, как в сторону донозологических форм реактивных психозов, так и с целью исследования их коморбидности.

Классификация реактивных психозов по К.А. Иммерман (1988) [4], разработанная во Всесоюзном научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, распределяет отдельные формы реактивных психозов, в зависимости от их течения.

Классификация реактивных психозов по К.А. Иммерман (1988).

1. Острые шоковые реактивные психозы:
 - а) гипокинетическая форма;
 - б) гиперкинетическая форма.
2. Подострые реактивные психозы:
 - а) реактивные (психогенные) депрессии;
 - простая реактивная депрессия;
 - депрессивно-параноидный синдром;
 - астенодепрессивные состояния;
 - истерическая депрессия.
 - б) реактивный параноид и галлюциноз;
 - параноиды;
 - галлюцинаторно-параноидный синдром.
 - в) истерические психозы:
 - бредоподобные фантазии;
 - синдром Ганзера и псевдодеменции;
 - синдром пуэрилизма;
 - синдром регресса психики, «одичания»;

- г) реактивный (психогенный) ступор:
 - истерический ступор;
 - депрессивный ступор;
 - галлюцинаторно-параноидный ступор;
 - астенический ступор.

3. Затяжные реактивные психозы:

- а) одностипный непрогредиентный тип течения;
- б) трансформирующийся прогредиентный, но полностью обратимый тип течения;
- в) вялопрогредиентный тип течения.

В вышеуказанной классификации прослеживается преемственность по отношению к классификации реактивных психозов Н. И. Фелинской (1968), деление по течению также включает в себя острые шокковые, подострые и затяжные реактивные психозы. Особенностью классификации по К. А. Иммерман (1988) является подробная синдромальная детализация различных форм подострых реактивных психозов.

Классификация реактивных состояний и психозов по Л. М. Шмаоной (1974) [11] ограничивается указанием их форм, кроме того, в структуре классификации прослеживается деление данной группы заболеваний на реактивные (психогенные) реакции и реактивные (психогенные) психозы.

Классификация реактивных состояний и психозов по Л. М. Шмаоной (1974).

1. Аффективно-шоковые психогенные реакции:
 - а) гиперкинетическая форма (реактивное, психогенное возбуждение);
 - б) гипокINETическая форма (реактивный, психогенный ступор).
2. Депрессивные психогенные реакции (реактивная депрессия).
3. Реактивные (психогенные) бредовые психозы:
 - а) реактивное паранойальное бредообразование;
 - б) острая паранойальная реакция;
 - в) ипохондрическая реакция;
 - г) бред преследования тугоухих;
 - д) реактивные параноиды:
 - параноид в условиях изоляции;
 - параноид внешней обстановки (ситуационный).
4. Истерические психотические реакции или истерические психозы:
 - а) истерическое сумеречное помрачение сознания (ганзеровский синдром);
 - б) псевдодеменция;
 - в) пуэрилизм;
 - г) психогенный ступор.

Автор указанной классификации, отказываясь от деления реактивных психозов, в зависимости от течения, как это было предложено Н. И. Фелинской (1968), разграничивает психогенные реакции и реактивные психозы. К психогенным реакциям были отнесены аффективно-шоковые психогенные реакции, депрессивные психогенные реакции и истерические психотические реакции, а к реактивным психозам – реактивные бредовые психозы и истерические психозы.

Согласно классификации психогенных заболеваний, разработанной в Научном центре психического здоровья Российской академии медицинских наук А. Б. Смулевичем (1999) [7], группа «психогенных заболеваний» объединяет психотические и непсихотические расстройства, составляющие с клинической точки зрения две подгруппы: «реактивные психозы» и «посттравматический стрессовый синдром» («посттравматическое стрессовое расстройство»).

Классификация реактивных психозов по А. Б. Смулевичу (1999).

1. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция):
 - а) гиперкинетическая форма;
 - б) гипокINETическая форма.
2. Истерические психозы:
 - а) истерическое сумеречное помрачение сознания;
 - б) псевдодеменция;
 - в) пуэрилизм;

- г) синдром бредоподобных фантазий;
 - д) синдром регресса личности;
 - е) истерический ступор.
3. Психогенные депрессии (острые и затяжные):
- а) меланхолический тип;
 - б) тревожно-депрессивный тип;
 - в) истеро-депрессивный тип;
 - г) астенодепрессивный тип.
4. Психогенные мании.
5. Психогенные параноиды (острые, подострые и затяжные).

Также А.Б. Смулевич указывает, что к группе реактивных психозов могут быть отнесены и психотические состояния, представляющие собой один из этапов развития посттравматического стрессового расстройства. Таким образом, для данной классификации не свойственно объединение клинических форм реактивных психозов в какие-либо группы; также предложено выделять типы течения некоторых из форм реактивных психозов (психогенных депрессий и психогенных параноидов).

В классификации психических расстройств, связанных со стрессом, разработанной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, Т.Б. Дмитриева (2008) [1] указывает, что в современной судебно-психиатрической практике предпочтительнее использовать термин «реактивное состояние», охватывающий как психозы (психические расстройства психотического уровня), так и психические нарушения невротического уровня (психогенно возникающие неврозы).

*Классификация психических расстройств, связанных со стрессом, по
Т.Б. Дмитриевой (2008).*

1. Истерические (диссоциативные) варианты реактивных состояний:
 - а) диссоциативный (психогенный) ступор;
 - б) истерические расстройства с изменением сознания:
 - синдром Ганзера;
 - расстройство множественной личности;
 - психогенная спутанность;
 - психогенное сумеречное состояние;
 - псевдодеменция;
 - пуэрилизм;
 - «синдром одичания».
2. Бредоподобные фантазии (занимают промежуточное место между истерическими и эндоформными реактивными (психогенными) состояниями).
3. Эндоформные реактивные состояния:
 - а) психогенный параноид.
 - б) реактивные (психогенные) депрессии:
 - ситуационные депрессивные реакции;
 - реактивная депрессия невротического уровня (астенический, дисфорический, ипохондрический варианты – протекают преимущественно на невротическом уровне, тревожная и истерическая депрессия являются промежуточными формами, легко переходящими с невротического на психотический уровень);
 - реактивная (психогенная) депрессия психотического уровня (депрессивно-параноидный, галлюцинаторно-параноидный варианты, тоскливые реактивные депрессии).
4. Острая реакция на стресс.

Таким образом, в классификации реактивных состояний по Т.Б. Дмитриевой (2008) выделяются три основных группы: истерические реактивные состояния, эндоформные реактивные состояния и острая реакция на стресс. Также для данной классификации характерно указание соответствующих диагностических категорий МКБ-10 для многих из приведенных реактивных состояний.

В результате проведенного анализа выявлено, что реактивные психозы представляют собой состояния, которые не имеют единой общепринятой классификации. Некоторые авторы группируют реактивные психозы в зависимости от их типичности, другие – по типу течения или только по форме.

Указанное разнообразие принципов, использованных различными авторами при составлении классификации реактивных психозов, свидетельствует об отсутствии единого подхода к классификации реактивных психозов в отечественной общей и судебной психиатрии. Изначально авторы классификаций реактивных психозов следовали нозологическому принципу, что позволило выделить реактивные (психогенные) психозы в отдельную клиническую единицу, которая достаточно часто используется специалистами в современной отечественной общей и судебной психиатрии.

Использованная литература.

1. Дмитриева Т.Б. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств, связанных со стрессом // Судебная психиатрия: Учебное пособие / Т.Б. Дмитриева, А.А. Ткаченко, Н.К. Харитонов, С.Н. Шишков. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – с. 491–501.
2. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под общ. ред. акад. РАМН Г.В. Морозова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: «Норма», 2004. – 528 с.
3. Закон України «Про психіатричну допомогу». – Київ: Сфера, 2000. – 50 с.
4. Иммерман К.А. Реактивные состояния // Судебная психиатрия. Руководство для врачей под редакцией академика АМН СССР Морозова Г.В. – М.: «Медицина», 1988. – С. 307–338.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / Пер. под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
6. Печерникова Т.П., Пелипас В.Е. Метасимуляция психогенных заболеваний в судебно-психиатрической практике. // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. – М., 1980. – С. 99–107.
7. Смулевич А.Б. Психогенные (реактивные) психозы // Руководство по психиатрии (под ред. А.С. Тиганова). – М.: «Медицина», 1999. – Т. 2. – С. 490–517.
8. Снедков Е.В. Учение о реактивных психозах в свете военно-психиатрического опыта // Война и психическое здоровье. – СПб., 2002. – С. 52–58.
9. Точилов В.А. МКБ-10 в России – конец классической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 4. – С. 64–68.
10. Фединская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической практике. – М.: «Медицина», 1968. – 292 с.
11. Шмаонова Л.М. Реактивные состояния и психозы // Справочник по психиатрии (под ред. А.В. Снежневского). – М.: «Медицина», 1974. – С. 225–230.

РЕАКТИВНІ ПСИХОЗИ У ВІТЧИЗНЯНІЙ КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНИХ ХВОРОБ

С.С. Шум, О.О. Суховій, В.А. Сидоров

Стаття містить аналіз деяких найвідоміших класифікацій реактивних (психогенних) психозів у вітчизняній загальній та судовій психіатрії.

Ключові слова: реактивні (психогенні) психози, вітчизняна класифікація психічних хвороб.

REACTIVE PSYCHOSES IN THE NATIVE CLASSIFICATION OF MENTAL DISEASES

S. S. Shum, A. A. Sukhovey, V. A. Sidorov

The article contains the analysis of some of the best-known classifications of reactive (psychogenic) psychoses in the native general and forensic psychiatry.

Key words: reactive (psychogenic) psychoses, native classification of mental diseases.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЙ ФАКТОР ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ

Б.В. Михайлов, Т.А. Алиева

кафедра психотерапии ХМАПО

Резюме: в статье показано современное состояние проблемы психоэмоциональных нарушений у студентов-инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, проведен ее теоретический анализ. Работа проводилась на базе КУОЗ Харьковской Городской Студенческой Больницы, в Центре психического здоровья студенческой молодежи. В исследовании приняли участие 153 студентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (78 студентов-инвалидов с врожденными пороками сердца и 75 студентов с ВСД).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, психоэмоциональные нарушения, студенты-инвалиды, тревожность, депрессия.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются важной медико-социальной проблемой для большинства стран мира. Актуальность ее в Украине определяется высоким уровнем заболеваемости, инвалидности и неблагоприятной тенденцией к увеличению смертности. Так, за последние 10 лет (1990–2000 гг.) заболеваемость возросла на 44,3%, а показатель смертности от болезней системы кровообращения увеличился на 40%, и в настоящее время ССЗ составляют 61,3% в структуре общей смертности населения [1,2].

Немаловажную роль в формировании показателей смертности и их тенденций играют основные факторы риска (ФР) [3–5]. По данным одномоментных эпидемиологических исследований изучены распространенность ФР в группах различного возраста и пола, уровень образования населения в области профилактики, определены группы высокого риска. Особое значение имеют длительные строго стандартизированные исследования по мониторингу профиля риска. Именно они являются эффективной информационной системой, позволяющей не только оценить “срезовой” профиль риска среди населения, обеспечить сопоставимость данных в мировом масштабе, но и изучить их временную динамику, что позволяет в условиях ограниченного бюджетного финансирования гибко выделять наиболее социально значимые профилактические программы.

За последние годы в Украине, как во всем мире наблюдается постоянная тенденция к росту заболеваний сердечно-сосудистой системы. Повышенная психоэмоциональная стрессогенность окружающей среды является определяющим фактором такого положения [6–10].

Многочисленные исследования подчеркивают патогенетическую значимость в развитии ССЗ именно состояния эмоциональной сферы больных. Учитывая такое положение, важным является определение состояния психоэмоциональной сферы больных ССЗ и разработка лечебно-реабилитационных программ медико-психологической направленности. [8].

На сегодняшний день анализ результатов исследований в области медицинской психологии позволил выделить ряд факторов, способствующих развитию ССЗ. К таким факторам относят: влияние острой психической травмы, хроническое психоэмоциональное перенапряжение, неблагоприятные жизненные события и изменения, личностно-психологические характеристики человека, отношение людей к своему здоровью. Несмотря на бурное развитие фармакологической индустрии и внедрение в лечебный процесс новых методов терапии сердечно-сосудистых заболеваний [11], эффективность существующих лечебно-реабилитационных мероприятий остается недостаточным. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия и пороки сердца (ПС) относятся к ряду наиболее распространенных ССЗ среди населения индустриально развитых государств. Актуальность проблемы сердечно-сосудистых заболеваний прежде всего связана с их большой распространенностью, в том числе у лиц трудоспособного возраста, с высокой смертностью и инвалидностью от этой патологии, а также с тем, что сердечно-сосудистая система является наиболее реактивным эффекторным органом, отражает психологическое состояние пациентов. [12]. В настоящее время отмечается тенденция к омоложению патологии сердечно-сосудистой системы. Одним из последствий этого является формирование недостаточности кровоснабжения голов-

ного мозга, что является нарушением психической сферы. С другой стороны, есть данные о том, что наблюдается рост состояния дезадаптации у лиц молодого возраста, особенно среди студенческой молодежи. Это обусловлено социально – психогенными факторами: изменениями сфер жизни, информационными нагрузками, новыми технологиями и т.п. У студентов-инвалидов наблюдается сочетание общих факторов дезадаптации, свойственной студентам при поступлении в ВУЗы, и специфических, обусловленных функциональным дефицитом студентов с инвалидностью. В Украине создана система льготного поступления в высшие учебные заведения лиц с инвалидностью. Это создает условия, когда общие эмоционально-стрессовые факторы, присущие процессу обучения студентов сочетаются со специфическими для инвалидов факторами. Но при этом отсутствует системный подход в исследовании, который бы учитывал изучение таких контингентов с позиций мультифакторного подхода, учитывая проблему психологической адаптации.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более чем у 110 млн (3–6%) населения планеты обнаружены клинически значимые проявления эмоциональных нарушений [2]. По статистическим данным в США состояние эмоциональных нарушений в течение жизни переносит 17% населения. К сожалению, по прогнозам ВОЗ, число психических заболеваний увеличиваться, и к 2020 году их доля среди всех заболеваний может достичь почти 50%, что намного выше прогнозируемого числа сердечно-сосудистых заболеваний. И это приведет к увеличению затрат на лечение [2]. Меняется как структура, так и характер течения эмоциональных нарушений, таких как депрессии. Если в 40–50 годы прошлого века 80% больных выздоравливали, то уже в 90-е годы 40% депрессий приобретают хронический рецидивирующий характер с тяжелыми затяжными эпизодами [6].

Сочетание психоэмоциональных и сердечно-сосудистых заболеваний – хорошо известный в клинической практике факт, который неоднократно подтверждался специальными исследованиями. Согласно современным данным, у 17–27% пациентов с ИБС, проходящих процедуру коронарной ангиографии, выявляются депрессии, а у больных в постинфарктном периоде, депрессии проявляются в 16–45% случаев [10,11]. Наличие депрессии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями не только осложняет течение и лечение этих расстройств, но и сокращает продолжительность жизни больных. Так, депрессия, развивающаяся непосредственно после инфаркта миокарда, в 3,5 раза повышает риск смертельного заболевания.

Современные исследователи в обосновании родства патогенетических механизмов и закономерностей развития психоэмоциональных и сердечно-сосудистых расстройств опираются на понятие стресса как неизменно провоцирующего фактора присутствующего в том и другом случае [6].

По данным некоторых современных отечественных и зарубежных исследований, частота депрессивных состояний среди больных ИБС, находящихся в стационаре, достигает 31%, в практике врачей общесоматической профиля встречается в 57% пациентов (причем каждый 5-й больной ИБС страдает так называемой «большой» депрессией)

Одной из наиболее частых причин нарастающей инвалидности также считаются депрессивные расстройства. По данным ВОЗ, пятью из десяти основных причин инвалидности являются психические расстройства, причем тяжелое депрессивное расстройство наиболее распространенный [6, 8].

Все вышеизложенное определяет актуальность и целесообразность проведения исследования, посвященного разработке системы медико-психологической коррекции студентов-инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы обучающихся в высших учебных заведениях на основе изучения их структуры и динамики психопатологических механизмов формирования.

Исследование проводилось на базе КУОЗ Харьковской Городской Студенческой Больницы, в Центре психического здоровья студенческой молодежи. В исследовании приняли участие 153 студентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (78 студентов-инвалидов с врожденными пороками сердца и 75 студентов с ВСД). Студенты-инвалиды с врожденными пороками сердца и студенты с вегето-сосудистой дистонией составили основные группы исследования. Оценка состояния эмоциональной сферы проводилась с применением методики «Шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера», адаптированной Ю.А. Ханиным; «Шкалы депрессии Бека» (Beck Depression Inventory, 1961 г.). Также проводился анализ уровня качества жизни у студентов, обучающихся в ВУЗах с помощью психодиагностической методики КЖ «SF-36 Health Status Survey».

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у студентов с ССЗ группы исследования до проведения медико-психологической коррекции с определением коэффициента достоверности представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что у студентов-инвалидов с врожденным пороком сердца в $4,1\% \pm 5,64$ преобладает высокий уровень реактивной тревоги, у $24,3\% \pm 4,85$ – умеренный уровень и у $25,6\% \pm 4,94$ – низкий, где количество лиц достоверно выше, чем в группе с ВСД (при $p \leq 0,001$). Тогда как в группе студентов с вегето-сосудистой дистонией достоверно преобладает высокий уровень реактивной тревоги – $76\% \pm 4,93$ (при $p \leq 0,001$), у $13,3\% \pm 3,92$ – умеренный уровень, $10,7\% \pm 3,56$ – низкий.

Таблица 1

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у студентов с ССЗ группы исследования

Уровень	Группа 1 (СИ с ВПС) n=78		Группа 2 (студенты с ВСД) n=75	
	абс	%±m	абс	%±m
Реактивная тревога				
высокий	36	$46,1 \pm 5,64$	57	$76 \pm 4,93^*$
умеренный	19	$24,3 \pm 4,85$	10	$13,3 \pm 3,92$
низкий	20	$25,6 \pm 4,94$	8	$10,7 \pm 3,56^*$
Личностная тревожность				
высокий	16	$20,6 \pm 4,57$	62	$82,7 \pm 4,36^*$
умеренный	49	$62,8 \pm 5,47$	9	$12 \pm 3,75^*$
низкий	13	$16,6 \pm 4,22$	4	$5,3 \pm 2,58^*$

* – при $p \leq 0,001$, достоверно значимые различия

Распределение уровней личностной тревожности в группе студентов-инвалидов с ВПС показало: достоверно выражен умеренный уровень – у $62,8\% \pm 5,47$ (при $p \leq 0,001$) и достоверно менее выражен высокий уровень тревожности – $20,6\% \pm 4,57$ (при $p \leq 0,001$); низкий уровень личностной тревожности достоверно преобладает у СИ с ВПС – $16,6\% \pm 4,22$ (при $p \leq 0,001$). Таким образом, полученные результаты указывают на преобладание как реактивной тревоги, так и личностной тревожности в группе студентов с вегето-сосудистой дистонией относительно группы с врожденным пороком сердца.

Анализ психодиагностических результатов шкалы депрессии Бека показал наличие легкой депрессии (субдепрессии) у $20,6\% \pm 4,57$ в группе СИ с ВПС и у $36\% \pm 5,54$ студентов с ВСД, что достоверно выше (при $p \leq 0,05$). Также получены достоверные различия в показателях умеренной депрессии: у $5,1\% \pm 2,49$ СИ с ВПС и у $13,3\% \pm 3,92$ – студентов с ВСД (при $p \leq 0,001$).

Установлено значительное снижение КЖ у студентов-инвалидов с пороком сердца и студентов с ВСД. Особенно отличались в худшую сторону характеристики физического состояния, которое у студентов-инвалидов с ПС и студентов с ВСД ограничивало повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигал болевой синдром в группе студентов с ВСД, была существенно снижена активность студентов и повышена их утомляемость. В целом состояние физического функционирования у студентов-инвалидов и студентов оказалось снижено. Следствием этого явилось выраженное ограничение социального функционирования. Полученные данные свидетельствуют о том, что ограничение физической активности вносит наиболее существенный вклад в снижение КЖ у студентов-инвалидов с ССЗ. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что КЖ студентов-инвалидов с пороком сердца и студентов с ВСД значительно снижено. Повышение точности оценки КЖ, предполагает отдельный анализ его физической, психоэмоциональной и социально-экономической составляющих.

Полученные результаты психодиагностического исследования психоэмоциональной сферы студентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, позволили разработать комплексную, структурированную модель медико-психологической коррекции, которая показала свою эффективность в 73 % случаях на базе Центра Психического здоровья студенческой молодежи.

Список использованной литературы:

1. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я/Під ред.І.П. Смірної.- К.: Книга, 1999.- 165 с.
2. Статистично-аналітичний довідник стану здоров'я населення України у зв'язку з захворюваннями системи кровообігу.- К., 2000.- 66 с.
3. Badimon I.J., Badimon L. Role of high density lipoproteins in the regression of atherosclerosis// Circulation.- 1992.- Vol. 86, № 6 (Suppl. III).- P. 86-94.
4. Piza L., Uemura K. International differences in developing improvement in cardiovascular health// Ann. Med.- 1989.- Vol. 21, № 3.- P. 193-197.
5. Puska P., Tuomilehto I., Nissanen A. The North Karelia Project. 20 years results and experiences.- Helsinki, 1995.- 363 p.
6. Марута Н.А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств/Н.А. Марута//Здоров'я України.- 2008.- № 7/1 (додатковий).- 5 с.
7. Марута Н.А. Депрессии в общесоматической практике: Справ. Пособие для врачей первичной медико-санитарной сети/Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур.- Киев. 2009.- 30 с.
8. Михайлов Б.В. Соматоформные расстройства: Клиника, диагностика, принципы терапии/Б.В. Михайлов, Е.И. Кудинова//Архів психіатрії.- 2010, Т. 16, вип. 3 (62).- С. 8-13.
9. Табачников С.І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України//Міжнародний психіатричний журнал.- 2007. Т.І, № 1.- С. 5-7.
10. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення/Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О.//Український вісник психоневрології.- 2010, Т. 18, вип. 3 (64).- С. 10-14.
11. Пограничні психічні розлади у студентів (клініка, діагностика, систематика).//Український вісник психоневрології. Т. 10, вип. 4 (33).- 2002.- С. 51-53.
12. Кувшинова Н.Ю. Некоторые аспекты психологической работы в клинике сердечно-сосудистых заболеваний//Личность в современных исследованиях: Материалы VIII международной научно-практической конференции.- Рязань: ООО «Копи Принт», 2008.- С. 38-42.

**СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ДЕТЕРМІНУЮЧИЙ ФАКТОР
ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТІВ-ІНВАЛІДІВ**

Михайлов Б.В., Алієва Т.А.
кафедра психотерапії ХМАПО

Резюме: у статті показано сучасний стан проблеми психоемоційних порушень у студентів-інвалідів з захворюваннями серцево-судинної системи, проведено її теоретичний аналіз. Робота проводилася на базі КУОЗ Харківської Міської Студентської Лікарні в Центрі психічного здоров'я студентської молоді. У дослідженні взяли участь 153 студентів з серцево-судинними захворюваннями (78 студентів-інвалідів з вродженими вадами серця та 75 студентів з ВСД)

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, психоемоційні порушення, студенти-інваліди, тривожність, депресія.

**CARDIOVASCULAR DISEASE AS A DETERMINING FACTOR OF PSYCHO-EMOTIONAL
DISTURBANCES IN STUDENTS WITH DISABILITIES**

B. V. Mykhaylov, T. A. Alieva
Department of Psychotherapy KhMAPE

Resume: the article shows the current state of psycho-emotional disorders in students with disabilities, diseases of the cardiovascular system, held its theoretical analysis. Investigation was carried out on the basis of the Kharkiv City KUOZ Student Hospital's Center for Mental Health students. The study involved 153 students from cardiovascular diseases (78 students with disabilities with congenital heart disease, 75 students with VSD)

Key words: cardiovascular disease, psycho-emotional disorders, students with disabilities, anxiety, and depression.

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ У ВІДНОШЕННІ ДО ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ

Л. О. Васякіна

Запорізький державний медичний університет

Резюме: у статті наведено результати психодіагностичного (патоперсонологічного) дослідження чоловіків і жінок страждають пневмокониоз на різних стадіях перебігу. Дослідження особистості включало вивчення регулятивної функції суб'єкта (когнітивного контролю, емоційної регуляції, довільного контролю), її інтегрованості, бажаних способів подолання і механізмів психологічного захисту; організацію психопрофілактичних та психотерапевтичних програм, зокрема спрямованих на розвиток та розкриття індивідуальних ресурсів особистості, навчання пацієнта різним формам впоратися зі стресом поведінки.

Ключові слова: пневмокониоз, статеві відмінності, особистість, типи відношення до хвороби, патерни поведінки, психопрофілактика, психотерапія, лікування.

Пилові хвороби легень (ПХЛ) – пневмокониози (ПнК) поряд з професійно обумовленими, хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) – продовжують домінувати серед професійних захворювань у вугледобувній, гірничорудній і металургійній галузях, де зберігаються несприятливі умови праці, які комплексно впливають на організм працівника [1, 2, 7].

Актуальність проблеми психічних розладів у хворих з соматичної патологією, в тому числі і захворюваннями органів дихання, з кожним роком зростає. Результати численних досліджень свідчать про високу частоту (50,00–60,00%) і значну вираженість психічних розладів у соматичних хворих. При цьому провідне місце займають розлади тривожно-депресивного спектру. В даний час, як і раніше, залишаються не до кінця вивченими механізми формування психосоматичних порушень у хворих легеневою патологією з різним ступенем тяжкості захворювання [6].

Висока медична і соціальна, значимість проблеми лікування та профілактики психічної патології при захворюваннях легеневої системи, диктують необхідність дослідження у даній категорії хворих особистісних характеристик, типології ставлення до хвороби, а також психопатологічних проявів та їх взаємовпливів для оптимізації лікувально-реабілітаційних заходів [3–5].

Метою роботи було вивчення особливостей ставлення до хвороби та свого психічного стану у хворих на ПнК на різних стадіях захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження проводилися на протязі 2008–2011 років на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» м. Донецьк. До групи обстежених увійшли 493 хворих на ПнК у віці від 40 до 60 років, з них 269 (95,13%) чоловіків і 24 (4,87%) жінок.

Група пацієнтів з першою стадією захворювання складала 168, з другою – 298 осіб. До групи пацієнтів з третьою стадією хвороби увійшло 27 хворих.

Задля вирішення поставленої мети були використані клініко-епідеміо-логічний та психодіагностичний метод (для вивчення частоти використання і оцінки типів особистісного відношення до хвороби особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту «Тип відношення до хвороби» та шкала визначення тривожності Спілберга – Ханіна).

Результати та обговорення. Аналіз отриманих при психодіагностичному дослідженні результатів показав, що у хворих з хронічними захворюваннями легень є іпохондричні фіксація на фізіологічному неблагополуччі. Інтелектуальна активність і продуктивність знижені. Відзначено перехід від соціально схвалюваної поведінки до фізіологічного гедонізму. Виявлено нездатність до емоційного самовираження.

Емоційний контроль поведінки порушений, підвищена імпульсивність, знижено самовладання. Виявлено підвищена тривога за здоров'я, внутрішня напруженість, помисливість, занепокоєння. Самооцінка знижена. Відзначено нездатність стійко переносити біль і страждання, знижена витривалість фізична і до інтелектуальної праці. Виявлено конформізм і залежність з одночасним відчуженням від соціуму. Зазначу егоїстичність спонукань, егоцен-

тризм, зниження емпатійного потенціалу, слабка зацікавленість потребами інших людей. Настрій знижений. Особистісна позиція пасивна. Відзначено тенденцію до перекидання відповідальності за лікування і результат на лікаря. Виявлена тенденція до самоізоляції, нездатність безкорисливо прийти на допомогу іншим, відсутність творчих прагнень. Відзначено зниження почуття громадського обов'язку на тлі підвищеного бажання жити за рахунок суспільства, небажання брати участь у суспільному житті. Нездатність слідувати своїм переконанням і принципам, невміння адаптуватися до обставин, що змінюються, набувати необхідні навички. Характерна невпевненість в стабільності свого соціального і матеріального становища, в своїй соціальній значущості, невпевненість у особистісному соціальному і матеріальному благополуччі. Оцінка перспектив песимістична.

Для чоловіків на 2–3 стадіях захворювання з проявами значної дихальної недостатності характерно, крім того, що в психотравмуючій ситуації вони схильні давати агресивні поведінкові реакції, у них є схильність до формування делінквентних реакцій, адиктивною поведінки.

Всім чоловікам з 2–3 стадіями властива жіночність у поведінці, бажання згладити гострі кути і прагнення домінувати, активність, експансивність, споглядальна позиція. Тип особистості більшості чоловіків з 2–3 стадіях ПнК може бути віднесений до «нарцистичної». Їм властива самозакоханість, орієнтованість на свою персону, схильність до надмірного суб'єктивізму в оцінках, егоцентризм, акритичність до власних вчинків, манірність, тенденції самовиправдання. Вони не розглядають свої дії як причину невдач, не схильні міняти що-небудь в собі, їм властиві екзальтованість, перепади настрою, спровоковані зовнішніми обставинами.

Всі чоловіки з 2–3 стадіями ПнК схильні до психосоматичних і невротичних розладів або розладів невротичного і змішаного типів, їх особистості дезадаптовані.

У всіх чоловіків виявлена тенденція до особливої інтерпретації симптомів захворювання, постійний страх перед настанням «смертельного нападу задухи», і в зв'язку з цим – ціла гамма негативних емоцій. Іноді тільки страх перед можливим приступом задухи і прогресуючою дихальною недостатністю примушує хворого приймати препарати, у зв'язку з чим планомірна базисна терапія може бути ускладнена. Відповідальність за терапію і виконання призначень перекидається на других можливо від реагування по зовнішньому звинувачувальному типу («лікар неправильно лікував, призначив погані препарати» тощо). Зазначається ворожість до близьких через недостатню, на думку хворих, турботу про них. Пацієнта дратує невизначеність інформації, відсутність конкретних рекомендацій, неакуратність медичного персоналу. Пацієнт може маніпулювати, використавши хворобу таким чином, щоб викликати провину в оточуючих, перекалавши на них відповідність. Правильне розуміння поведінки хворого, психологічне консультування пацієнта – це початок психотерапії.

Чоловікам з на першій стадії захворювання на ПнК властиві дисгармонічність і різноспрямованість установок, ригідність, вразливість, застрягання на негативних переживаннях, індивідуалізм, схильність сумніватися у правильності своїх дій, інертність у прийнятті рішень, скептичність, самокритичність, невпевненість в собі, високі претензії до життя, схильність до антисоціальних вчинків, тенденція агресивно-пасивного реагування при спробі обмежити їх в чому-небудь. Стан емоційно нестабільний, є внутрішнє емоційне напруження. Особистість некомпенсована за змішаним типом реагування. Є схильність до психосоматичних захворювань, невротичних розладів.

Чоловіків з першою стадією характеризує відносна зрілість, стриманість, стомлюваність, астенизація, інтравертованість, замкнутість, зануреність у свої переживання, схильність до демагогії, манірність.

У чоловіків з першою стадією дезадаптація у хворобі відбувається за типом асоціальних поведінкових реакцій, що може проявлятися як конфліктне поводження, неконформність, авторитарність, виражена схильність до делінквентної поведінки та формування адикцій.

В цілому, у всіх чоловіків з 1-ю стадією відзначається підвищена вимогливість до медичного персоналу, незадоволеність проведенням лікування виражається в зверненні до нетрадиційних методів лікування. Захисної психологічною реакцією є знецінення сутності здоров'я, що призводить до низької дисципліни лікування, або реагуванню за типом зовнішнього звинувачення.

Чоловіків з вперше діагностованим ПнК відрізняє схильність фіксуватися на негативному досвіді, незадоволення собою, інертність у прийнятті рішень, самокритичність, егоцентризм, риси залежної поведінки по відношенню до авторитетів, схильність до стоп-реакцій

і субдомінантної поведінки в стресі. Стан емоційно напружений, дискомфортний. На тлі декомпенсованого стану можуть загострюватися такі риси як мстивість, імпульсивність, уразливість. Вони не прагнуть відповідати соціальним нормативам.

Хвороба використовується як засіб вирішення конфліктних ситуацій, як спосіб уникнути відповідальності. Симптоматика використовується як засіб тиску на оточуючих. Активність чоловіків з хронічним ПнК пригнічується страхом потерпіти «фіаско». Вони глибоко переживають, песимістично оцінюють свої перспективи, ранимі, самокритичні, скептичні, невпевнені в собі, схильні фіксуватися на субдепресивні афекти і періодично «зриватися», роблячи імпульсивні поведінкові й вербальні випадки, формувати нарцисистичний патерн поведінки.

При оцінюванні ставлення до хвороби жінок з ПнК виявленні емоційна лабільність, різноспрямованість інтересів, пасивна особистісна позиція. Високий рівень домагань поєднується з високою потребою у визнанні. Емоційний контроль поведінки порушений, підвищена імпульсивність, знижений самовладання. Самооцінка знижена. Відзначено загальне зниження адаптації, і зокрема, до захворювання.

Жінки з 2–3 стадією мають високі домагання на досягнення і хочуть мати певний соціальний успіх, песимістично оцінюють перспективи, схильні до роздумів, до глибокого переживання травмуючої ситуації, інертні в прийнятті рішень, скептичні. Їх невпевненість у собі може компенсуватися виражається зовні агресією, в тому числі і по відношенню до медичного персоналу. Для жінок з цією стадією характерна маскулінізація характеру. Їм властиві: мужність, прагнення до незалежності, емансипації, самостійності. В контактах вони вибагливі, схильні раціоналізувати свої невдачі, уникати повторення негативного досвіду. Вони емоційно декомпенсовані, нестабільні, у них переважають дискомфортні переживання. У всіх жінок відзначено маніпулювання симптоматикою для впливу на оточуючих комунікативний ефект бронхоспазму виявляється в тому, що він дозволяє маніпулювати соціальним оточенням, в якійсь мірі знижуючи інтенсивність стресогеної ситуації. Є власна, відмінна від думки інших оцінки того, що відбувається, в тому числі і свого захворювання.

Жінкам з початковою симптоматикою ПнК властиві внутрішня суперечливість, песимістична оцінка перспектив, схильність до роздумів, інертність в прийнятті рішень, виражена глибина переживань, скептицизм, самокритичність, невпевненість в собі, своїх можливостях, затаєна ворожість, дратівливість, схильність переживати образу, вибірковість в контактах, похмурість, зосередженість на своїх переживаннях, жорсткість в поведінці, маскулінізація, прагнення до незалежності, емансипації. Виражена психосоматична predisпозиція. У жінок також відмічено маніпулювання симптоматикою для впливу на оточуючих, з метою викликати їх жалість, співчуття, що набуває характер сверхцінності. Відсутнє раціональне відстеження опозиційного настрою оточуючих. Є власна, відмінна від думки інших, оцінка того, що відбувається, в тому числі і свого захворювання. Для жінок з ПнК характерна схильність до депресивних реакцій, (депресія супроводжується ажитацією) Захисної психологічною реакцією є витіснення неприємної інформації. Ефект від лікування повинен бути негайним, інакше йде бурхливе розчарування в лікареві і взагалі в лікуванні. Позиція до оточуючих, в тому числі і до лікаря, своєрідна. Інформація про симптоми захворювання, прогноз є причиною глибоких переживань. Жінки можуть вести себе соціально активно, експансивно, домагатися своїх цілей. Однак при прояві захворювання вони не приймають на себе роль активного партнера в лікуванні. У жінок з ПнК виявлено безвідповідальне відношення до здоров'я, низька дисципліна лікування, ігнорування лікарських призначень.

Жінки з вперше діагностованим ПнК мають певні претензії до життя і досить жорстка система уявлень про власне призначення. Вони уникають реальності, схильні до непродуктивного перфекціонізму, субдепресивному афекту, роздумам, пасивності, песимістично оцінюють свої перспективи, застряють на невдачах, власних переживаннях, усвідомлення проблем призводить до пасивної незадоволеності. Вони емоційно дезадаптовані, нестабільні. Маніпулювання хворобою використовується жінками, що страждають вперше діагностованим ПнК, для викликання почуття провини у оточуючих, пред'являється безліч скарг з метою викликати жалість, на їхню думку, положення «хворий бідолаха» дає право на співчуття, жалість, любов, вони вперто дотримуються обраної тактики, бажання викликати жалість при-знаходить характер сверхцінності, при цьому відсутня раціональне відстеження опозиційного настрою оточуючих.

Особистості жінок, хворих на ПнК, багато в чому властиві риси мужності, незалежності, прагнення до емансипації, самостійності у прийнятті рішень, внутрішня конфліктність,

стриманість, заглибленість у себе, похмурість, здатність до агресії і кумуляції афекту. Вони емоційно некомпенсовані нестабільні, переважають депресивний афект. Маніпулювання симптомами хвороби використовується жінками з хронічним ПнК для викликання почуття провини і тривоги у оточуючих, без розуміння того, що нескінченні скарги викликають роздратування, опозиційний настрій оточуючих. Характерні скарги на життя і здоров'я, невіра в можливість лікування. Залежність від думок і суджень пацієнтів зі «стажем», підвищена тривожність щодо симптомів, прогнозу, заклопотаність адекватністю лікування, повторна перевірка призначень лікаря.

Особистісна реакція на захворювання залежить від тривалості захворювання, його тяжкості і інтелектуальних можливостей людини. Вперше за результатами комплексної оцінки були виявлені захисні психологічні реакції у чоловіків і жінок, які страждають на ПнК.

Звітка про захворювання є стресогенним фактором. Звичний життєвий стереотип різко змінюється. Погіршується матеріальний стан. У багатьох випадках хвора людина позбавляється друзів, сім'ї і родичів. На тлі відсутності достовірної інформації про хворобу створюється неадекватна внутрішня картина хвороби. Страх перед захворюванням, страх за своє майбутнє трансформується в захисні психологічні реакції, які не сприяють одужанню.

Основні захисні механізми, які спостерігаються у хворих ПнК, виявлялися в реакціях заперечення, що стосувалися як самого захворювання, так і необхідності тривалої терапії, в реакціях звинувачення оточуючих, державної політики в реакціях витіснення, в догляді в свій внутрішній світ з неадекватною оцінкою ситуації, в емоційному дистанціюванні з розривом мікросоціальних зв'язків, байдужістю до свого оточення.

Багато захисні психологічні реакції хворого на ПнК є деструктивними, вони дезадаптують пацієнта, порушують внутрішньосімейні і міжособистісні відносини. Тривожно-песимістичне ставлення до реальності ніяк не сприяє настрою на наполегливе і тривале лікування. Неадекватним чином хворий ПнК сприймає і ставлення до себе оточуючих. Неправильна поведінка оточуючих посилює ці тенденції.

Підводячи підсумок щодо ставлення до хвороби у хворих з вивченими захворюванням слід відзначити низьку дисципліну терапії, ігнорування лікарських відносин, відсутність прагнення до співпраці з лікарем, неадекватні уявлення про захворювання, підвищену тривожність щодо симптомів і прогнозу, що потребує обов'язкової психотерапевтичної корекції.

Висновки:

1. Аналіз отриманих психодіагностичного дослідження результатів показав, що у хворих з хронічними захворюваннями легень є іпохондричні фіксація на фізіологічному неблагополуччі, знижена інтелектуальна активність. Відзначено перехід від соціально схвалюваної поведінки до фізіологічного гедонізму. Виявлено нездатність до емоційного самовираження.
2. Чоловікам із ПнК властиві дисгармонічність і різноспрямованість установок, ригідність, вразливість, застрягання на негативних переживаннях, індивідуалізм, схильність сумніватися в правильності своїх дій, інертність у прийнятті рішень, скептичність, самокритичність, невпевненість в собі, високі претензії до життя, схильність до антисоціальних вчинків, тенденція агресивно-пасивного реагування при спробі обмежити їх будь в чому.
3. Особистості жінок із ПнК, багато в чому властиві риси мужності, незалежність, прагнення до емансипації, самостійність у прийнятті рішень, внутрішня конфліктність, стриманість, заглибленість у себе, похмурість, здатність до агресії і кумуляції афекту. Вони емоційно некомпенсовані нестабільні, переважає депресивний афект. Маніпулювання симптомами хвороби використовується жінками з хронічним ПнК для викликання почуття провини і тривоги у оточуючих, без розуміння того, що нескінченні скарги викликають роздратування, опозиційний настрій оточуючих.
4. Більшість захисних психологічних реакції хворих на ПнК є деструктивними, вони дезадаптують хворого, порушують внутрішньосімейні і міжособистісні відносини. Тривожно-песимістичне ставлення до реальності не сприяє настрою на наполегливе і тривале лікування, а неправильна поведінка оточуючих посилює ці тенденції.
5. У ставленні до хвороби у хворих з ПнК слід зазначити низьку дисципліну лікування, ігнорування лікарських відносин, відсутність прагнення до співпраці з лікарем, неадекватні уявлення про захворювання, підвищену тривожність щодо симптомів і прогнозу, що потребує обов'язкової психотерапевтичної корекції.

Література:

1. Лаптева И.М. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, современные аспекты диагностики и лечения/И.М. Лаптева, Е.А. Лаптева//Медицинская панорама.– 2003.– № 7.– С. 2–5.
2. Adler N. Socio-economic inequities in health: no easy solution/N. Adler, T. Boyce, M. Chesney//JAMA, 1993.– P. 269.
3. Greenberg C.D. Psychological and neuropsychological aspects of COPD/C.D. Greenberg, J.J. Ryan, P.E. Bourlier//Psychosomatics, 1985.– Vol. 26.– P. 29–33.
4. McSweeney A.J. Quality of life in relation to COPD. Chronic obstructive pulmonary disease.– New York: Marcel Dekker Inc.– 1999.– P. 473–478.
5. Optimal assessments and managements of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) Aconsensies statement of the European Respiratory Society (ERS)//Eur. Respir. J.– 1995.– Vol. 8.– P. 1398–1420.
6. Siafacas N.M. Is dyspnoea the main determinant of Quality of Life in the failing lung?/N.M. Siafacas, S. Schiza, N. Xirouhaki, D. Bouros//A review. Eur. Respir. Rev.– 1997.– Vol. 7, № 42.– P. 53–57.
7. Stewart A.L. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcome Study/A.L. Stewart, S. Greenfield, R.D. Hays//FAMA.– 1989.– Vol. 262.– P. 907–913.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ОТНОШЕНИИ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Л.А. Васякина

Запорожский государственный медицинский университет

Резюме: в статье приведены результаты психодиагностического (патоперсонологического) исследования мужчин и женщин, страдающих пневмокониозом на разных стадиях течения. Исследование личности включало изучение регулятивной функции субъекта (когнитивного контроля, эмоциональной регуляции, произвольного контроля), её интегрированности, предпочитаемых способов совладания и механизмов психологической защиты; организацию психопрофилактических и психотерапевтических программ, в частности направленных на развитие и раскрытие индивидуальных ресурсов личности, обучение пациента различным формам совладающего со стрессом поведения.

Ключевые слова: пневмокониоз, половые различия, личность, типы отношения к болезни, паттерны поведения, психопрофилактика, психотерапия, лечение.

SEX DIFFERENCES IN RELATION TO DISEASE PATIENTS WITH PNEUMOCONIOSIS

L. A. Vasyakina

Zaporozhe state medical university

Resume: The results of psychodiagnostic (patopersonology) studies of men and women suffering from pneumoconiosis in various stages of the flow. The study included a study of the individual regulative features of the subject (cognitive control, emotional regulation, voluntary control), its integration, the preferred way of coping and defense mechanisms; organization psychoprophylactic and psychotherapeutic programs, particularly aimed at the development of resources and the disclosure of individual personality, patient education to various forms of coping with stress behavior.

Key words: pneumoconiosis, sex differences, personality types of the ratio of disease, patterns of behavior, psychoprophylaxis, psychotherapy, treatment.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ СПІВПРАЦІ ЗІ ХВОРИМИ НА АЛКОГОЛІЗМ ТА ЇХ РОДИНАМИ

А. Є. Волощук, Д. В. Возний, К. В. Рябухін
Одеський обласний психоневрологічний диспансер
Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1

Резюме: у статті відображено сучасний стан кола проблем, що виникають при побудові психотерапевтичної співпраці зі хворими на алкогольну залежність та їх оточуючими, колегами, родичами, друзями. Відмічено особливості клініки аддиктивного захворювання з врахуванням різноманітних чинників, також проведено аналіз доступних літературних джерел стосовно вказаного напрямку проблеми.

Ключові слова: алкогольна залежність, психотерапія, соціальна реабілітація.

Виникнення та розвиток алкоголізму обумовлені, як правило комплексом біологічних, психологічних і соціальних чинників [1]. При цьому психологічні чинники, найтіснішим чином пов'язані з особливостями індивідуума та залишаються значимими на будь-якому етапі перебігу хвороби, що обумовлює необхідність ретельного вивчення особливостей кожного пацієнта і визначення їх ваги протягом хвороби для того, щоб з одного боку використовувати їх як заснову в реабілітаційному процесі, а в іншому здійснювати їх відповідну корекцію [2]. Знання варіантів і структури особових відхилень у хворих на алкоголізм, вельми необхідне для оцінки їх прогностичної питомої ваги, а також для побудови лікувальних та психокорекційних заходів, закріплення стану ремісії, профілактики рецидивів, медикопсихологічної реабілітації хворих із залежністю від алкоголю [3].

У даний час ефективність терапевтичних програм залишається досить низькою й одним з основних чинників, що знижують, ефективність лікування хворих на алкоголізм є, неможливість реабілітації в повному обсязі, недотримання етапності лікування, особлива увага до тривалого психосоціального супроводу залежних [4]. Ретельне вивчення психологічних особливостей хворих алкоголізмом надасть можливість підвищити ефективність психотерапії та дозволить у теоретичному плані поглибити розуміння механізмів аддиктивної поведінки і методів її корекції [1, 5]. Дослідники вказують, що для практичної психіатрії, наркології і психології необхідна розробка конкретних психологічних показників для кожної психотерапевтичної методики, тому що на основі отримуваних даних будуватиметься точніша психотерапевтична допомога, наприклад вивчення мотиваційних особливостей хворого є однією з найважливіших передумов для розробки заходів лікування та профілактики алкогольної залежності [6].

Найбільш важливими завданнями є формування стабільних тривалих ремісії, тісно пов'язаних з купіруванням патологічного потягу до алкоголю. Медико-соціальне значення цієї проблеми визначається, перш за все значною поширеністю вживання алкоголю та його шкідливими наслідками для здоров'я населення. Не так давно було, умовно мовлячи, вважати неправомірним говорити про поширення цих явищ як епідемію, але зараз це очевидно не лише для фахівців, тому що їх розміри дуже великі, вони охоплюють нові верстви населення, які раніше мали до них умовно кажучи, відносно стійкий соціально-психологічний імунітет, це підлітки і жінки. Алкоголізм відноситься до соціально значимих захворювань, оскільки зловживання алкоголем майже завжди приводить до різних і багатообразних наслідків, як для самого хворого, так і для суспільства, в якому хворому доводиться знаходитися.

Сьогодні алкоголь є найбільш популярною та поширеною психоактивною речовиною, тому не дивлячись на значне зростання наркоманій, саме алкоголізм залишається домінуючим наркологічним захворюванням у багатьох країнах Світу, зокрема в Україні [7]. Більшість сучасних вітчизняних дослідників алкогольної залежності вважають, що провідна роль у розвитку алкоголізму належить мікросоціальним чинникам, проте дія яких опосередкована особою хворого, його реакціями на сприятливі та негативні соціальні дії [8]. У зв'язку з цим аналіз ефективності лікування хронічного алкоголізму є залежним від особливостей хворих осіб, що важливе не лише для вивчення клініки та патогенезу даного захворювання, але й для побудови тривалих заходів по реабілітації та подальшої соціалізації хворих.

Важливо враховувати, що у виникненні та розвитку хронічного алкоголізму грають роль багато біологічних, психологічних і соціальних чинників. При цьому особливості

пацієнтів залишаються значимими на будь-якому етапі перебігу хвороби й психологічні чинники, найтіснішим чином пов'язані з особливостями індивідуума, можуть бути сприятливим результатом лікування або перешкоджати здобуттю бажаних результатів терапії, знижуючи її ефективність й це обумовлює необхідність ретельного вивчення аспектів особи кожного хворого та визначення їх ролі протягом хвороби для того, щоб в одному випадку використовувати їх як допомогу у реабілітаційному процесі, а в іншому проводити їх відповідну психокорекцію, щоб уникнути подальших невдач у лікувально-відновних заходах.

Уявлення дослідників про структуру особових змін у хворих хронічним алкоголізмом не є цілісними, однозначними, систематизованими і, відповідно, потребують подальшого вивчення. Знайдені нами літературні дані надають можливість зробити висновок про необхідність продовження психологічних досліджень з метою ретельного вивчення особи хворих алкоголізмом. Йдеться про дослідження мотиваційних утворень, щодо даного захворювання, розуміння його клініки і патогенезу, що відкриває нові можливості вдосконалення системи лікування і реабілітації хворих на алкоголізм. Публікацій, присвячених вивченню впливу індивідуально-особових рис хворих алкоголізмом на ефективність конкретних психотерапевтичних методик, одиниці.

Необхідне знання варіантів і структури особових відхилень, хворих алкоголізмом, їх прогностичної питомої ваги, а також лікувальних і психокорекційних прийомів, здатних зменшити негативний вплив особливостей хворого на лікувальний процес. Закріплення стану ремісії, їх стабілізація, профілактика рецидивів, медична і психологічна реабілітація хворих із залежністю від алкоголю це найбільш актуальна проблема психології алкоголізму.

Основними чинниками, що знижують, ефективність лікування хворих алкоголізмом є, неможливість тривалої реабілітації у повному об'ємі, проведення етапності лікування, включення психологічного супроводу хворих. Вивчення впливу психологічних особливостей хворих алкоголізмом на ефективність психотерапії дозволить в теоретичному плані поглибити розуміння психотерапевтичних методик та перейти від загальних свідчень до вивчення конкретних індивідуальних особливостей хворих вказаної нозології. Для практичної наркології необхідна розробка конкретних психологічних показників для кожної психотерапевтичної методики. На основі отримуваних даних буде утворюватися більш точніша психотерапевтична допомога. Вивчення мотиваційних особливостей особи є однією з найважливіших передумов для розробки заходів лікування і профілактики алкогольної залежності. Для лікарів найбільш важливими завданнями є формування стабільних тривалих ремісій, тісно пов'язаних з купіруванням патологічного потягу до алкоголю.

За думкою різних дослідників проблеми та власним досвідом, одним з найважливіших принципів терапії алкогольної залежності є комплексність, що включає до себе медикаментозний, психотерапевтичний та соціальний компоненти, але на практиці спеціалізована допомога хворому алкогольною залежністю у стаціонарному відділенні часто обмежується фармакотерапевтичними втручаннями [9, 10]. Удосконалення терапевтичних програм з використанням нових засобів психофармакотерапії відбувається постійно, з'ясовано, що ефективність ізолюваної лікарської терапії нижче, ніж терапевтичної дії, яка використовує медикаментозний та психотерапевтичний підходи одночасно. Психотерапевтична дія, так само як використання психофармакотерапії, є патогенетичною терапією, яка повинна впливати на стрижньову ланку залежності, тобто на патологічний потяг до алкоголю. Проте психотерапія в наркологічному стаціонарі як компонент комплексного підходу найчастіше представлена лише раціональною бесідою чи лекціями, у той час, як мотиваційна терапія використовується рідко. Метою мотиваційної психотерапії при лікуванні пацієнтів із залежністю від алкоголю є формування, підтримка та посилення мотивації на повну відмову від прийому алкоголю. Окремі дослідники вважають, що мотиваційна робота є основою лікування і реабілітації людей тих, що вживають психоактивні речовини, пропонуючи застосовувати, як головні, саме принципи мотиваційної терапії хворих із залежністю від алкоголю, що заснована на не директивних методиках, навпаки, у мотиваційній роботі з пацієнтами із залежністю від алкоголю використовують поведінкову техніку [11].

За даними літератури, вживання психотерапії у пацієнтів з алкогольною залежністю стає усе більш диференційованим та прицільним, але автори відмічають, що досі недостатньо інформації про залежність структури, динаміки і ефективності певного типу психотерапії від особливостей особи хворого й це видно з особливостей досліджень, коли вивчається ефективність якого-небудь одного типу психотерапії з обліком або без врахування характерологічних особливостей хворого чи порівнюються типи психотерапії без врахування особової структури досліджуваної вибірки. І якщо перша особливість досліджень

ефективності психотерапії у хворих з алкогольною залежністю частіше притаманна для вітчизняних робіт, то друга для зарубіжних. У знайдених нами публікаціях досить мало інформації про особливості динаміки мотивації до відмови від алкоголю у пацієнтів з різними індивідуальними особливостями в процесі комплексної терапії. Враховуючи те, що мотиваційна система є однією з характеристик особи, можна передбачити, що особи з різними особливостями характеру відрізнятимуться один від одного по низки чинників, які відповідальні за відмову від алкоголю та динаміку проявів захворювання у процесі комплексної терапії, різною є і чутливість пацієнтів до різних типів психотерапії [12]. Використання мотиваційного опитувальника допоможе оцінити рівень мотивації у хворих на алкогольну залежність та ефективність проведеної психотерапії.

Практичне вживання в наркологічному стаціонарі короткострокової психотерапії пацієнтів з алкогольною залежністю з різними характерологічними особливостями сприятиме підвищенню ефективності їх лікування. Використання в клінічній практиці диференційованих програм психотерапії дає можливість більш цілеспрямовано створювати мішені у хворих з алкогольною залежністю, залежно від їх чутливості до психотерапії, з метою ефективнішого підвищення мотивації до лікування й це структурує комплексну терапію хворих з алкогольною залежністю, дає широкі можливості в створенні та підтримці терапевтичного середовища.

Використання стаціонарної диференційованої психотерапії у складі комплексного лікування хворих алкогольною залежністю підвищує тривалість і якість ремісії. Ефективність поведінкової психотерапії вище за такими показниками як «частота рецидивів», «тривалість підтримуючої терапії після виписки із стаціонару» за. За допомогою вперше розробленого мотиваційного опитувальника виявлено, що структура і динаміка мотивації у пацієнтів з алкогольною залежністю залежить від характерологічних рис хворих та зазнає зміни у ході мотиваційної психотерапії. Диференційовані програми поведінковою та мотиваційної психотерапії пацієнтів з алкогольною залежністю в умовах стаціонару дозволяють застосовувати методики і техніку на кожному етапі мотиваційної психотерапії найбільш цілеспрямовано залежно від особливостей характеру хворого. Поведінкова психотерапія є ефективною у пацієнтів з астенічними, істеричними та збудливими характерологічними особливостями.

Важливим при будь-якій психотерапії є досягнення тривалого утримання від алкоголю, зниження частоти зривів та рецидивів, збільшенні терміну участі в медикаментозній терапії протягом трьох років після виписки із стаціонару. Дослідження пацієнтів з алкогольною залежністю надає можливість виявити відмінності у вихідній мотивації на відмову від алкоголю та її динамікою залежно від характерологічних особливостей хворих і виду застосованої психотерапії, наприклад, у пацієнтів шизоїдного чи епілептоїдного типу рівень мотивації на відмову від алкоголю при госпіталізації був найвищим серед інших хворих. Для цієї групи пацієнтів характерний феномен ефективної самомотивації, при якому пацієнти прагнуть брати на себе відповідальність за свою поведінку з самого початку психотерапії. Психотерапією вибору в цієї групи пацієнтів, як по короткостроковій, так і по довгостроковій ефективності є клієнт-центрована психотерапія. У хворих алкоголізмом з астенічними характерологічними особливостями рівень мотивації відмови від алкоголю і рівень мотивації вживання алкоголю виявлялися рівновеликими, що призводило до розвитку когнітивного дисонансу та у таких хворих була найбільш ефективною мотиваційна терапія на базі поведінкової психотерапії. Треба відмітити, що у одиничних випадках проведення подібної психотерапії у таких пацієнтів приводило до посилення тривоги.

При побудові психотерапевтичних заходів, треба планувати етап допомоги у відділенні та після виписки, щоб хворий вже одразу був підготовлений до цього. Також важливо повертати до психотерапевтичного процесу родичів та близьких хворого, проводити з ними сімейну психотерапію, займатися профілактикою созалежності, будувати програми, щодо ресоціалізації хворого. Навчати його та родину хворого новим поведінковим стратегіям у провокуючих ситуаціях. Тобто всі психотерапевтичні заходи повинні бути комплексними та довготривалими.

Висновки:

1. Алкоголь є зараз найбільш популярною та поширеною психоактивною речовиною й тому не дивлячись на значне зростання різних форм наркотичної залежності, саме алкогольна залежність залишається домінуючим наркологічним захворюванням у багатьох країнах Світу, зокрема і в Україні.

2. Досі ефективність терапевтичних програм залишається низькою й одним з основних чинників, що знижують, ефективність лікування хворих на алкогольну залежність є, неможливість реабілітації у повному обсягу, почасти недотримання етапності лікування й недостатня увага до необхідності тривалого психосоціального супроводу залежних.
3. Ретельне вивчення психологічних особливостей хворих на алкоголізм надає можливість підвищити ефективність психотерапії та дозволить у теоретичному плані поглибити розуміння механізмів аддиктивної поведінки і методів її подальшої корекції.

Література:

1. Сосин И. К. Наркология (Монография)/И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев//Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
2. Гуревич Г. А. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: автореф. дис. канд. мед. наук/Г. А. Гуревич; ННЦ наркологии. М., 2005. – 21 с.
3. Зінченко О. М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів, унаслідок вживання алкоголю в Україні/О. М. Зінченко//Архів психіатрії. – 2011. – № 2 (65). – С. 77–81.
4. Проценко С. А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых/С. А. Проценко/Дис. канд. психол. наук, Санкт-Петербург, 2003. – 122 с.
5. Малыгин В. А. Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения. Новые перспективы/В. А. Малыгин, И. М. Гуревский, И. В. Ежов//Актуальные вопр. психиатр., нарколог. и мед. психолог. Сб. научн. тр. – Воронеж, 2006. – С. 188–193.
6. Wilsnack S. C. International gender and alcohol research: recent findings and future directions/S. C. Wilsnack, R. W. Wilsnack//Alcohol Res. Health. – 2002. – Vol. 26. – N4. – P. 245–250.
7. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине/И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский//Наркология. – 2005. – № 4. – С. 12–17.
8. Кирпиченко А. А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью/А. А. Кирпиченко//Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 1. – С. 63–65.
9. Медико-психологическая помощь созависимым членам семей больных алкоголизмом: пособие для врачей/НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: Т. Г. Рыбакова. СПб., 2006. – 30 с.
10. Miller W. R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. Approaches to drug abuse counseling/W. R. Miller//NIDA. 2000. – P. 99–106.
11. Ялтонский В. М. Мотивационная терапия/В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота//Наркология. 2003. – № 4. – С. 41–44.
12. Тхостов А. Ш. Психологические аспекты зависимостей. Сб. научн. статей./Под ред. А. Ш. Тхостова и С. П. Елшанского. М.: Новый мир, 2005. – 137 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА С БОЛЬНЫМИ АЛКОГОЛИЗМОМ И ИХ СЕМЬЯМИ

Волощук А. Е., Возный Д. В., Рябухин К. В.

Одесский областной психоневрологический диспансер
Одесская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Резюме: в статье отображено современное состояние проблем, которые возникают при построении психотерапевтического сотрудничества с больными алкогольной зависимостью и их окружающими, коллегами, родственниками, друзьями. Отмечены особенности клиники аддиктивного заболевания с учетом разнообразных факторов, также проведен анализ доступных литературных источников относительно указанного направления проблемы.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психотерапия, социальная реабилитация.

FEATURES OF PSYCHOTHERAPY COLLABORATION WITH PATIENTS BY ALCOHOLISM AND THEIR FAMILY

Voloshuk A. E., Voznyy D. V., Ryabukhin K. V.

The Odessa regional psycho neuro logical clinic
The Odessa regional clinical psychiatry № 1

Resume: the modern state of problems which arise up at the construction of psychotherapy collaboration with patients by alcoholic dependence and their circumferential is represented in the article, by colleagues, relatives, and friends. The features of clinic of addictive disease are marked taking into account various factors, the analysis of accessible literary sources is also conducted in relation to the indicated direction of problem.

Keywords: alcoholic dependence, psychotherapy, social rehabilitation.

ПРИНЦИПИ ТА СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПСИХОГЕННУ ГІПЕРФАГІЮ

Є.І. Гетманчук

Запорізький державний медичний університет

Резюме: у статті на підставі поглибленого аналізу літературних даних, а також клініко-психопатологічного, медико-психологічного та клініко-психофеноменологічного дослідження хворих психогенної гіперфагії, проведено опис розробленої схеми психопатогенезу даної патології та нового підходу до психотерапевтичного лікування згаданих контингентів.

Представлені дані про ефективність розроблених принципів психотерапії та реалізованих психотерапевтичних заходів.

Ключові слова: переїдання, розлад дигестивної поведінки, ожиріння, тривожно-депресивний розлад, коморбідність, клінічна психопатологія, психічні порушення, психотерапія.

Згідно з оцінками експертів ВООЗ, здоров'я населення на 70,00 % залежить від способу життя, найважливішим чинником якого є харчування. Раціональне харчування забезпечує нормальний ріст і розвиток, сприяє профілактиці захворювань, подовженню тривалості життя, підвищенню працездатності, створює необхідні умови адаптації організму до змін навколишнього середовища. Дослідження харчової поведінки як психологічного фактора якості життя людини зумовлено потребами сьогодення. Вирішення практичних завдань потребує всебічного аналізу й осмислення механізмів функціонування ціннісного ставлення людини до їжі та її приймання.

Харчова поведінка людини оцінюється як гармонічна (адекватна) або девіантна в залежності від великої кількості параметрів, зокрема, від місця, займаного процесом прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда, від кількісних і якісних показників харчування [2, 3, 5].

Під харчовою поведінкою розуміють ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, орієнтація на образ власного тіла і діяльність по його формуванню.

Проблема порушень харчової поведінки в сучасній медицині займає особливе місце. З кожним роком в Україні повільно, але неухильно зростає кількість людей із різноманітними варіантами патології харчової поведінки, підвищується кількість звернень за медичною допомогою [4, 6, 8].

Для лікування розладів харчової поведінки неспсихотичного рівня показано застосування психотерапевтичних методів, що медично і економічно обґрунтовано, проте більшість психотерапевтичних моделей нормалізації маси тіла при аліментарному ожирінні усувають сліdstва, а не причини, є малоефективними і такими, що дають високу частоту рецидивів. Кількість розроблених на даний момент систем, підходів і методів терапії говорить про їх низьку ефективність, що може пояснюватися відсутністю патогенетичних підходів для лікування і профілактики аліментарного ожиріння у зв'язку з відсутністю сформованої патогенетичної концепції його виникнення і підтримки [1, 7, 9].

Завдяки висновкам психопатологічного дослідження хворих на психогенну гіперфагію та розробленій схемі психопатогенезу даної патології було розроблено новий підхід до психотерапевтичного лікування хворих на психогенну гіперфагію.

Матеріали та контингенти дослідження. Відповідно до поставлених завдань було обстежено 100 хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – Е66.0) з розладами дигестивної поведінки, а саме психогенною гіперфагією (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та коморбідними розладами тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2), а також 20 умовно здорових осіб, 20 пацієнтів хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – Е66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола та 20 пацієнтів у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний

тривожно-депресивний розлад – F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння.

Для вивчення клініко-психопатологічних і медико-психологічних характеристик хворих на аліментарне ожиріння та розлади тривожно-депресивного кола, було сформовано наступні групи обстежених:

1 група (основна) – 100 пацієнтів (50 чоловіків та 50 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та коморбідні розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2). Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі складав $31,6 \pm 0,73$ років.

Основна група у свою чергу була розділена на наступні підгрупи:

Група 1.1–70 пацієнтів (32 чоловіків та 38 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано до психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола;

Група 1.2–30 пацієнтів (12 чоловіків та 18 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано після психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола.

2 група (контрольна) – 20 умовно здорових осіб, які не мали аліментарного ожиріння, порушень дигестивної поведінки та тривожно-депресивних розладів, або існуючі розлади були на донозологічному рівні (10 чоловіків та 10 жінок). Вік пацієнтів коливався від 21 до 45 років, середній вік у групі складав $30,6 \pm 0,48$ років.

3 група (контрольна) – 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенна гіперфагія (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола. Вік пацієнтів коливався від 22 до 48 років, середній вік у групі складав $30,5 \pm 0,54$ років.

4-а група (контрольна група) – 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння. Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі складав $29,8 \pm 0,34$ років.

Всі хворі дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

В усіх пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, проводилося ретельне вивчення клініко-анамнестичних даних, що дозволило виявити особливості особистості та хвороби, які мали пацієнти до виникнення розглянутої патології. Період обстеження та спостереження тривав з моменту встановлення вищевказаного діагнозу та по закінченню лікувально-реабілітаційних заходів. У всіх хворих до встановлення діагнозу не відзначалося психічних захворювань в анамнезі, спадковість не обтяжена психопатологією, всі хворі не мали ознак органічних уражень головного мозку та клінічно визначальної ендокринної та соматичної патології. Пацієнти не отримували іншого лікування, окрім передбаченого дослідженням.

Для досягнення мети використовувалися наступні методи дослідження:

- медико-соціологічний – для вивчення психосоціального статусу;
- антропометричний – для діагностики ожиріння (соматометрія, визначення індексу маси тіла Кетле, ступеню ожиріння) (Н.Д. Вардіміаді, А.Г. Машкова, 1988);
- клініко-психопатологічний – для вивчення структури психопатологічних розладів у хворих на розлади дигестивної поведінки (переїдання) та коморбідні тривожно-депресивні розлади;
- психодіагностичний – реалізовувався за допомогою наступних методик:
 1. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості MMPI (І. Маккінлі, С. Хатеуей, 1971) для вивчення специфічних особистісних якостей контингенту із дигестивною поведінкою (переїдання) та коморбідними тривожно-депресивними розладами;
 2. **Шкала депресії Бека** (BDI) (А.Т. Бека, 1961) для визначення депресивних проявів у визначеного контингенту;
 3. Торонтська алекситимічна шкала (TAS) (G.J. Taylor, 1985) для визначення алекситимії та порушення спроможності усвідомлення і вербалізації своїх почуттів у визначеного контингенту;

4. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI) (Ч.Д. Спілбергер, Ю.А. Ханін, 1978) – для психодіагностики тривожних проявів особистості профільного контингенту хворих;
5. Тест для визначення типу відношення до хвороби (Л.І. Вассерман, Б.В. Іовлев, Е.Б. Карпова, 2005) – для діагностики типу відношення до хвороби і лікування;
6. Опитувальник «Наявність гіперфагії» (Є.І. Гетманчук, 2012).

– **клініко-психофеноменологічний** – **використовувався** задля виявлення психофеноменологічного статусу хворих і адекватного підбору методів, методик і технік психологічної корекції.

Також всі хворі проходили загальне клінічне обстеження – фізикальне обстеження, лабораторно-інструментальне обстеження. Пацієнти були проконсультовані лікарями терапевтом та неврологом.

Статистична обробка результатів дослідження. Результати проведених обстежень та лікування було оброблено за допомогою методів математичної статистики. Отримані данні порівнювалися з контрольною та групою та групою порівняння.

Результати та їх обговорення. На підґрунті розробленої клініко-патогенетичної класифікації відчуття голоду за варіантами:

- первинне відчуття голоду, що виникає як першочергова реакція на провокуючий чинник (фізіологічний або патологічний). Під фізіологічним чинником розуміється ряд реакцій організму, які є відображенням об'єктивної потреби організму у їжі як компоненті підтримання гомеостазу. Під патологічними чинниками розуміється увесь спектр реакцій, які не є проявом об'єктивної потреби організму у їжі як компоненті підтримання гомеостазу (психоемоційне напруження, obsесивно-компульсивні розлади тощо);
- вторинне відчуття голоду, яке виникає як рефлекс внаслідок звички багато та часто їсти, або вживати їжу в певний час чи за певних обставин;
- впроваджено систему психотерапії та реабілітації, що мала три напрямки: біологічний, психологічний та соціальний.

У межах реалізації біологічного напрямку впроваджувався психотерапевтичний вплив на корекцію функціонування організму у цілому, та систем і органів окремо. Проводилася робота з метою досягнення стабілізації психоемоційного стану хворих, адекватного функціонування системи травлення, ендокринних та екзокринних залоз тощо. У рамках біологічного напрямку виділялися два рівні:

- а) патопсихологічний – корекція психоемоційного стану хворих, що є пусковим механізмом у виникненні переїдання. Проводилася робота по корекції депресивних станів, тривожних тощо.
- б) психосоматичний – корекція психосоматичної патології, що виникла внаслідок психогенно обумовленого чинника та грає роль у підтримці переїдання.
- в) соматопсихологічний – корекція роботи органів та систем організму, зсув в роботі яких, призводить до появи нефізіологічно обумовленого відчуття голоду, потягу до вживання їжі, дискомфорту від зменшення вживаної їжі.

У межах психологічного напрямку проводилася корекція особистісних установок, системи цінностей, та моделей поведінки що мають вплив на досягнення відновлення. Для цього було впроваджено три рівні роботи:

- 1) корекція відносин до хвороби, терапії, формування установки на досягнення комплаєнсу у лікуванні.
- 2) розвінчання патологічних уявлень та моделей поведінки що прямо або побічно сприяли формуванню та підтриманню патологічної дигестивної поведінки;
- 3) формування та потенціювання адекватних дигестивних моделей поведінки:
 - а) впровадження адекватних моделей дигестивної поведінки та цінностей;
 - б) формування мотивації на схуднення;
 - в) психопотенціювання дієтотерапії.

У межах соціального напрямку впроваджувалася корекція мікросоціального функціонування пацієнтів, їх відносин, позицій.

В процесі психотерапії комбінувалися індивідуальні та групові заняття.

Курс лікування складав 1,5 місяці і поділявся на чотири етапи (рис. 1).

I етап – психодіагностичний – був спрямований на виявлення психогенезу переїдання, виявлення домінуючого патологічного симптомокомплексу та визначення спрямованості психотерапії. У рамках цього ж етапу реалізовувався психологічний напрямок корекції – хворим пояснювалася природа захворювання, тактика лікування, особливе значення надавалося роз'ясненню необхідності досягнення комплаєнсу у лікування, виконання призначень лікаря, досягався психологічний контакт з хворим, проводилася корекція «внутрішньої картини хвороби», впроваджувалася позитивна установка на лікування та перспективи. Хворі мали нагоду поділитися своїми побоюваннями та сподіваннями. На цьому етапі використовувалася індивідуальна психоаналітично орієнтована психотерапія.



Рисунок 1. Схема психотерапії та психопрофілактики порушеної дигестивної поведінки (переїдання)

Тривалість етапу складала 3 сеанси по 45 хвилин кожний.

II етап – етіопсихопатогенетичний – мав дві структурні складові, у межах яких реалізовувався біологічний напрямок психотерапевтичного впливу: патопсихологічний та психосоматичний. Для впровадження цього етапу застосовувалися групові методи: когнітивно-біхевіоральна терапія у екзистенціальному аранжуванні та гіпносуттєвиста психотерапія на протязі 2 тижнів, щоденно, по 45 хвилин кожний сеанс.

III етап – психологічно-корегуючий – відповідав психологічному напрямку корекційної роботи та реалізовувався за допомогою індивідуальної та групової симультанно-мнестичної психотерапії (психометодології), був спрямований на корекцію стилістики мислення хворих із досягненням поставленої мети.

На цьому етапі відбувалося розширення системи цінностей та знецінення маючих місце цінностей, обумовлюючих патологічні патерни дигестивної поведінки.

Тривалість етапу складала 2 тижні, щоденні сеанси по 45 хвилин.

IV етап – закріплюючо-психопрофілактичний – мав за мету закріплення досягнутого терапевтичного ефекту, скоригованих патернів дигестивної поведінки та мотивації до саморегуляції дигестивної поведінки та здорового способу життя. Етап включав в себе психологічний та соціальні напрямки корекції. Тривалість етапу становила 3 сеанси щоденно по 45 хвилин кожний.

Протягом усіх етапів впроваджувалася непряма психотерапія задля потенціювання дії дієтотерапії та фармакотерапії, формування позитивного ставлення до них, необхідних установок на їх реалізацію.

Оцінка ефективності лікування проводилася за критеріями відсутності набирання ваги і наявності скороминого зниження ваги.

Результати дослідження показали, що за 12 місяців після комплексної терапії досягли і утримували нормальне співвідношення зростання і ваги 35,00% пацієнтів, ще 45,00% значно поліпшили свої показники, зменшивши міру ожиріння, 20,00% понизили вагу на 2–6 кг., але набрали її знову.

Зниження ваги після лікування впродовж декількох місяців відзначили 96,25%. Мінімальне зниження ваги складало 2 кг., максимальне – 38 кг. Середня величина максимальної втрати ваги після лікування складала 10 кг.

Висновки. Патогенетично обґрунтовано, розроблено та впроваджено систему психотерапії і програму психопрофілактики хворих на аліментарне ожиріння з розладами дигестивної поведінки (психогенне переїдання) та коморбідними розладами тривожно-депресивного кола, яка складається з 4 етапів: психодіагностичного, етіопсихопатогенетичного, психологічно-корегуючого, закріплюючо-психопротективного.

Отримано позитивні результати лікування. Зниження ваги після лікування впродовж декількох місяців відмітили 96,25%. Мінімальне зниження ваги склало 2 кг., максимальне – 38 кг. Середня величина максимальної втрати ваги після лікування склала 10 кг. За 12 місяців після комплексної терапії досягли і утримували нормальне співвідношення зростання ваги 52,00% пацієнтів, ще 36,00% значно поліпшили свої показники, зменшивши міру ожиріння, 12,00% понизили вагу на 2–6 кг., але набрали її знову (за умов психогенної провокації). Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого підходу до лікування пацієнтів з розладами їди.

Розроблений терапевтичний план відповідав принципам комплексності, етапності, послідовності та диференційованості і включав в себе усунення психопатогенетичних причин ожиріння, закріплених патологічних патернів дигестивної поведінки та психотерапевтичне потенціювання дієтотерапії з формуванням мотивації на схуднення і перерозглядом дигестивних цінностей.

Вибрана система диференційованої психотерапії є найбільш прийнятною з точки зору економічної і клінічної ефективності та соціальної реабілітації хворих.

Література:

1. Гинзбург М. М. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение/М. М. Гинзбург, Г. С. Козупица, Н. Н. Крюков. – С.: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1999. – 33 с.
2. Гинзбург М. М. Минус килограммы без диет и драмы/М. М. Гинзбург. – М.: Октопус, 2007. – 256 с.
3. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения/М. М. Гинзбург, Г. С. Козупица, Г. П. Котельников. – С.: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1997. – 48 с.
4. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения/И. Г. Малкина-Пых – М.: Эксмо, 2007. – 1040 с.
5. Руководство по аддиктологии/Под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
6. Старшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей/Г. В. Старшенбаум – М.: Когнито-Центр, 2006. – 367 с.
7. Bray G. A. Obesity: a time bomb to be defused/G. A. Bray//Lancet. – 1998. – 352 (18). – P. 160–161
8. Bray G. A. Dietary fat intake does affect obesity!/G. A. Bray, B. M. Popkin//Am. J. Clin. Nutr. – 1998. – № 68 (6). – P. 1157–1173.
9. Orzano A. J. Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review./A. J. Orzano, J. G. Scott//J. Am. Board. Fam. Pract. – 2004. – № 17. – P. 359–369.

ПРИНЦИПЫ И СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСИХОГЕННОЙ ГИПЕРФАГИЕЙ

Е. И. Гетманчук

Запорожский государственный медицинский университет

В статье на основании углублённого анализа литературных данных, а также клинико-психопатологического, медико-психологического и клинико-психосоциологического исследования больных психогенной гиперфагией, проведено описание разработанной схемы психопатогенеза данной патологии и нового подхода к психотерапевтическому лечению упомянутых контингентов.

Представлены данные об эффективности разработанных принципов психотерапии и реализованных психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: переедание, расстройство дигестивного поведения, ожирение, тревожно-депрессивное расстройство, коморбидность, клиническая психопатология, психические нарушения, психотерапия, психопротектика.

The article based on an in-depth analysis of published data, as well as clinical-psychopathological, medical psychology and clinical psychophenomenology studies of patients with psychogenic hyperphagia, carried a description of the developed scheme psychopatogenesis this pathology and a new approach to the psychotherapeutic treatment mentioned contingents.

The data on the effectiveness of the developed principles of psychotherapy and psychotherapeutic interventions Completed.

Key words: obesity, digestive disorders of behavior, obesity, anxiety-depressive disorder, comorbidity, clinical psychopathology, personality disorders, psychotherapy, psychoprophylactic.

УДК 616.89:615.851.82-057.875

**АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПСИХОКОРРЕКЦИИ
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

А. Н. Гуменюк, В. А. Строевский

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»

Обучение в высшем учебном заведении, как известно, совпадает с возрастом наиболее высокого риска манифестации психической патологии, что обусловлено значительными стрессовыми нагрузками в этот период жизни [1]. Смена места жительства, недосыпание, академические задолженности, сложные семейные обстоятельства, выбор профессионального самоопределения и специализации, проблемы в личной жизни, несформированность конструктивных копинговых стратегий, дефицит социальной поддержки часто становятся причинами психических расстройств у студентов [2,3]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, у студентов высших учреждений отмечается значительная распространенность аффективных расстройств и субклинических состояний [4,5]. Исследование, проведенное в различных московских вузах показало, что более чем у 30 студентов регистрировались симптомы депрессии, наличие суицидальных мыслей более чем у 16, симптомы тревоги средней и выраженной степени тяжести более чем у 50 [5-7]. Изучение распространенности депрессивных и тревожных расстройств непсихотического уровня у студентов экономического факультета Таврического национального университета также указывало на их высокую распространенность (45%). В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 установлены следующие диагнозы: «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (34, 7%), «легкий депрессивный эпизод» (36, 1%), «неврастения» (16, 7%), «генерализованное тревожное расстройство» (8, 3%), «смешанная тревожно-депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации» (2, 8%), «умеренный депрессивный эпизод» (1, 4%) исследованных [8]. Исследование уровня психического здоровья у студентов-медиков Харьковского национального медицинского университета выявило более чем у 30 человек наличие психических расстройств пограничного регистра «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», среди которых чаще наблюдались «расстройства адаптации» [9]. Современными исследователями указывается, что субклинические проявления дистресса и

аффективные расстройства способствуют формированию эмоциональной дезадаптации – состоянию, обусловленному хронической эмоциональной напряженностью и выражающееся в поведении во временном снижении практически всех психических функций (от их нормального уровня развития) в силу механизмов накопления физиологического нервного истощения и возникновения симптомов псевдоадаптивного поведения (невротических симптомов), что оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни и повышает риск суицидов в студенческой среде. Согласно данным современных исследователей, одной из наиболее важных задач какого-либо учебного учреждения является психологическое сопровождение студентов, направленного на профилактику и коррекцию психических расстройств и психологических проблем, преимущественно эмоциональной сферы, затрудняющих успешную адаптацию к социальной роли студента [8–10]. В международных исследованиях указывается, что большим потенциалом обладает арт-терапия. Однако, в настоящее время, исследования в аспекте разработки концептуальных основ и принципов проведения арт-терапевтического воздействия, направленного на восстановление эмоциональных кондиций у студентов практически не проводятся, а единичные работы носят эмпирический и фрагментарный характер.

Все вышесказанное указывает на необходимость разработки программы арт-терапии для психокоррекции эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы.

Цель исследования – разработка патогенетической программы арт-терапии для психокоррекции эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы.

Задачи исследования:

- 1) изучить структуру эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы;
- 2) выделить основные симптомы-мишени (target-symptoms) патогенетического арт-терапевтического воздействия для психокоррекции эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы;
- 3) разработать патогенетическую программу арт-терапии для психокоррекции эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели исследования нами было проведено обследование 348 отечественных студентов с 1-го по 6-й курс Государственного учреждения ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» в возрасте от 17 до 26 лет. Для выявления симптомов тревоги использовали «Опросник тревоги Бека, с целью выявления и определения выраженности симптомов депрессии «Опросник депрессии Бека». Структуру и интенсивность эмоций изучали с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» (Н. А. Марута, 2000). Для диагностики степени выраженности одиночества применяли методику диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюссона. Степень сопротивляемости стрессу изучали с помощью методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования нами были получены следующие результаты. Депрессивные расстройства регистрировались у 226 (65,0±0,3%) лиц. По степени выраженности депрессивных симптомов исследованные распределились следующим образом: у 184 (53,0±2,3%) отмечалась легкая депрессия (средний балл составил 15,1±0,3), у 35 (10,0±1,3%) – депрессия умеренной тяжести (средний балл был равен 24,3±0,1) и у 7 (2,0±0,3%) человек выявлена тяжелая депрессия (средний балл составил 30,1±0,4). Распределение студентов по уровню суицидальной направленности по показателям пункт а «Суицидальные мысли и желания» по шкале Бека показало, что 87 (25,0±1,3%) человек хотели бы покончить с собой, 80 (23,0±1,4%) имели мысли о самоубийстве, но не привели бы их в исполнение, 59 (17,0±1,1%) покончили бы с собой при подходящей возможности, 122 (35,0±2,3%) не отмечали мыслей о самоубийстве.

Симптомы тревоги регистрировались у 226 (65,0±0,3%) лиц. Большинство исследованных имели умеренную выраженность тревоги – 108 (31,9±0,1%) (средний балл составил 15,7±0,2), легкие симптомы отмечались у 97 (28,0±0,3%) лиц (средний балл был равен 10,1±0,3), высокий уровень тревоги – у 59 (17,1±1,4%) человек (средний балл составил 21,1±0,3). В ходе изучения структуры и интенсивности эмоций с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» выявлено, что у исследованных преобладали следующие негативные симптомы: общая неудовлетворенность (частота встречаемости 302 (86,7±1,3%), интенсивность 24,0±4,1 баллов), боязнь (частота встречаемости 270 (78,7±2,3%), интенсив-

ность $24,0 \pm 4,5$ баллов), тревога (частота встречаемости 265 ($77,0 \pm 1,1\%$), интенсивность $25,0 \pm 3,2$ баллов), страх (частота встречаемости 270 ($78,7 \pm 2,3\%$), интенсивность $24,0 \pm 4,5$ баллов), чувство обиды (частота встречаемости 240 ($68,9 \pm 3,3\%$), интенсивность $24,0 \pm 4,3$ баллов).

Субъективное ощущение одиночества регистрировалось у 228 ($66,7 \pm 1,1\%$) лиц. Распределение студентов по степени выраженности данного показателя показало, что 143 ($41,2 \pm 0,2\%$) человек испытывали средний уровень одиночества (средний балл составил $30,2 \pm 2,3$), 120 ($34,4 \pm 0,3\%$) – низкий (средний балл был равен $9,9 \pm 2,3$) и 85 ($24,4 \pm 0,3\%$) – высокую степень одиночества (средний балл составил $49,7 \pm 2,1$).

В ходе изучения стрессоустойчивости и социальной адаптации у 225 ($65,7 \pm 1,4\%$) лиц установлена низкая степень сопротивляемости стрессу (средний балл составил $304,0 \pm 2,3$), у 103 ($29,6 \pm 1,3\%$) – высокая (средний балл был равен $178,1 \pm 5,3$) и у 20 ($6,0 \pm 1,1\%$) – пороговая сопротивляемость стрессу (средний балл составил $204,0 \pm 2,3$).

В результате изучения стрессоустойчивости и социальной адаптации у 225 ($65,7 \pm 1,4\%$) лиц установлена низкая степень сопротивляемости стрессу (средний балл составил $304,0 \pm 2,3$), у 103 ($29,6 \pm 1,3\%$) – высокая (средний балл был равен $178,1 \pm 5,3$) и у 20 ($6,0 \pm 1,1\%$) – пороговая сопротивляемость стрессу (средний балл составил $204,0 \pm 2,3$).

В ходе проведенного исследования у 66,9% студентов выявлены стойкие признаки эмоциональной дезадаптации, структура которой была представлена тревожными и депрессивными расстройствами. Полученные данные свидетельствуют о наличии динамической конструкции эмоциональной дезадаптации, в которой согласно модели симпатико-адреналового «истощения» тревоги (по Килхольцу) наступает депрессия, а при компенсации депрессивного состояния происходит возврат к прежнему тревожному напряжению и образуется порочный круг смешанных тревожных и депрессивных расстройств.

Основными симптомами-мишенями (target-symptoms) патогенетического арт-терапевтического воздействия являются: «общая неудовлетворенность жизнью»; ощущение безнадежности, бесперспективности будущего; пассивно-страдальческая позиция (низкая самооценка, суицидальные мысли); чувство тревоги, страха; «чувство обиды», (эмоциональная уязвимость, сензитивность); «субъективное ощущение одиночества»; интолерантность к эмоционально сложным жизненным ситуациям (боязнь перемен, низкая стрессоустойчивость).

На основе полученных данных, отражающих структуру эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы, нами разработана патогенетически обоснованная программа арт-терапии, имеющая каузальную направленность по отношению к выявленным симптомам-мишеням, базирующаяся на международных подходах, биопсихосоциальной теории развития психических расстройств, использующая медико-психологическую концепцию творчества как деятельности, актуализирующей адаптивные механизмы психологических защит (МПЗ) и эмотивно-конструктивные стратегии преодоления стрессорных дезадаптивных факторов.

Целью проведения арт-терапии является психокоррекция эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы за счет мобилизации креативного потенциала личности для восстановления недостаточных эмоциональных ресурсов, формирования и совершенствования знаний, умений и навыков эффективного решения собственных проблем, адекватного использования стилевых психологических защит, оптимизации копинг-стратегий совладания со стрессорами внутреннего и внешнего порядка.

Задачи арт-терапии: 1) облегчение эмоциональной экспрессии «сброса напряжения» интрапсихических компонентов тревоги и депрессии; 2) перцептивная переработка и катарсис идентифицируемых актуальных переживаний; 3) укрепление веры в себя, повышение самооценки, самодостаточности; 4) потенцирование личностного роста и оптимизация коммуникативных установок.

Сеттинг. Арт-терапевтическая интервенция имеет долгосрочный характер и состоит из двух последовательных блоков: интенсивного и поддерживающего. Курс работы в рамках основного блока составляет 4 месяца, поддерживающего – 2 месяца. Адекватным является использование группового варианта арт-терапии в частично открытых группах. При работе используется тематически-аналитический подход. Состав группы 8–10 человек. Продолжительность сессий варьирует от 1,5 часа до 2,5.

Оптимальными арт-терапевтическими методиками для коррекции эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы являются следующие: поэтрикотерапия в сочетании с разговорной терапией, рецептивная музыкотерапия, искусство оригами, танцевальная терапия усиленные имажотерапией. При этом изобразительная деятельность выступает

в качестве основополагающей. Использование данного принципа позволяет максимально интенсифицировать арт-терапевтический эффект за счет интермодального синергизма используемых техник.

Цель изотерапии – освоение навыков регуляции своих эмоциональных состояний: тревожности, страхов, агрессивности, застенчивости посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию, совладающему внутреннему диалогу и самовыражению предлагаемыми изобразительными средствами. Система сессий по изотерапии содержит модифицированные и адаптированные нами к задачам арт-терапевтической программы техники по Л.Д. Лебедевой: «рисуем деревья», «рисуем имя», «рисуем маски», «рисуем агрессию», «истории в картинках». Методика «рисуем деревья» позволяла использовать свойство процесса вовлеченности в групповые взаимодействия для симптоматического воздействия на чувство одиночества, преодоления барьеров интерперсональных коммуникаций. Техника «рисуем имя» была направлена на идентификационные процессы, обеспечивающие самопринятие, самоуважение, самодостаточность через позиционирование эмоционального отношения к негативным (антипатическим) и позитивным именам, воплощенным в изо-образы. Методика «рисуем маски» позволяла участникам группы через изображаемые мимические дисплеи рефлексировать свойства фундаментальных эмоций гнева, страха, печали, радости и облегчает не только самораскрытие, но и достижение коммуникативной открытости, способности к вербальным и невербальным формам диалога. Техника «рисуем агрессию» была направлена на рефлекссию мимического образа «агрессора», вызывающего неспецифическое эмоциональное напряжение у реципиентов, в то время как за поименованной маской в реальности часто скрывается страх, тревожная растерянность, ажитированная депрессия с суицидальными мыслями. Методика «Истории в рисунках» позволяла выявить и отреагировать актуальные психотравмирующие факторы.

Поэтритерапия (ПТ) в сочетании с разговорной терапией направлена на выделение первоочередных для личности проблем, анализ их причин и нахождение самостоятельных путей решения в процессе создания как собственной трактовки стихотворения (индивидуального видения общего смысла и конкретных образов), так и совместно с другими членами группы и психотерапевтом в процессе последующего её обсуждения (собственным поэтическим творчеством, где важно не качество стихотворения и его соответствие стандартам или идеалам поэзии, а степень экспрессивности, рефлексивности, инсайта, катарсиса в креативном процессе), что позволяет помочь участникам группы сформировать суть и причины проблемы, а также вербализовать эмоциональные переживания для устранения патологической симптоматики. В рамках ПТ нами использовался жанр японской лирической поэзии хайку, характеризующийся простотой и свободой изложения. Выбор данного жанра был обусловлен следующими его преимуществами 1) хайку представляет собой законченную целостную миниатюру; 2) использует стилизованный набор образов поэзии и живописи, в котором центральное место занимает природный образ, явно, или неявно, соотносённый с жизнью человека; 3) изображает жизнь природы и жизнь человека в их слитном, нерасторжимом единстве на фоне времен года; 4) учит искать потаенную красоту в простом, незаметном, повседневном; 5) стихотворения пишутся только в настоящем времени и автор записывает свои непосредственные впечатления от только что увиденного или услышанного; 6) в маленьком стихотворении каждое слово, каждый образ важен и незаменим, а следовательно, приобретает особую семантическую весомость и значимость; 7) при написании хайку; поэт отрешается от всех представлений, связанных с его собственным человеческим «я» и концентрируется на предмете, чтобы проникнуть в его суть; 8) поэт в трех строках описывает момент «здесь и сейчас», при этом первая строка хокку отвечает на вопрос «Где?», вторая – на вопрос «Что?», третья строка отвечает на вопрос «Когда?». Однако, нередко хокку без ответа на эти вопросы, особенно когда речь идет о чувствах и эмоциях; 9) хокку не называет, а показывает, не объясняет, а передает; 10) поэзии хокку свойственна объективность, лаконичность, содержательная емкость, ритмическая, просодическая и мелодическая, структура поэзии; 11) универсальность метафор, объединяющих мышление автора и читателя.

Индивидуальная интерпретация слов-символов при проникновении в смысл стихотворения вызывает у каждого читающего свои особые образы, отражающие эмоциональное состояние. Трактовка образов всегда привязана к актуальной проблематике, волнующей читателя в данный момент времени, и как правило, в вызываемых образах может заключаться ответ, ключ к разгадке, путь разрешения проблем. Характер трактовок стихотворений имеет личную хронологическую систему, отражающую степень значимости проблем, проявляющуюся в порядке их ассоциаций с номером стихотворения. Часто выявляется фиксация на проблеме, когда в сериях стихотворений с различными тематическими сюжетами вы-

бирается одна и та же интерпретация, за счет чего и решается одна из поставленных задач арт-терапии – перцепция и катарсис идентифицируемых актуальных переживаний.

Рецептивная музыкотерапия использовалась в трех формах: коммуникативной, реактивной и регулятивной и была направлена на эмоциональную разрядку, облегчение осознания собственных переживаний, регулирование эмоционального состояния, конфронтацию с жизненными проблемами, катарсис, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии.

Использовались различные по жанру, ладовым и ритмическим эмоциональным характеристикам музыкальные фрагменты в течение трех- пяти минут. Участники группы синхронно с прослушиванием произведения производили зарисовки собственных впечатлений, затем по результатам конверсии аудиорецепций в визуальные образы проводился анализ и обсуждение импрессиивно-экспрессивных свойств рисунков.

Использование искусства оригами, усиленное техникой имаготерапии включало два этапа и было направлено на осознание и преодоление проблем личности путем отождествления себя с образом и моделью поведения избранного персонажа. На первом этапе использовали методику оригами, преимуществом применения которой является: 1) техническая доступность освоения, быстрое достижение результата; 2) прогнозируемый позитивный результат, заключенный в природе данной техники конструирования, которой свойственна точность, симметрия и гармония геометрических линий); 3) наличие возможности вносить изменения в фигурку по своему желанию, изобрести много собственных моделей; 4) возможности методических комбинаций повтора и ритмичности в складывании модульного оригами (звезды, орнаменты, «3-D»-модели); 5) психосемантические свойства форм некоторых фигур (кусудам, многогранников, каркасных структур) несущих положительный эффект. 6) формирование атмосферы доверия, вовлеченности, спонтанности (на занятиях оригами осуществляется невербальный контакт в общении, что в отдельных случаях бывает единственно возможным).

После выбора участником группы персонажа – животного, который ему наиболее близок и складывания фигуры, нами использовались приемы и формы работы некоторых других арт-терапевтических направлений, таких как сказкотерапия (сказки оригами); игротерапия (игры с подвижными фигурками); терапия средствами драмы и куклотерапии (разыгрывание сцен с куклами оригами, масками и т. п.), терапия средствами музыки, терапия цветом (используется разноцветная бумага).

Психотерапевтический эффект оригами заключается в повышении активности правого полушария мозга и уравнивании работы обоих полушарий; активизации творческого мышления; повышении и стабилизации на высоком уровне функционирования психоэмоционального тонуса; снижении тревожности и улучшении адаптационных способностей к стрессовым ситуациям; нивелировании депрессивной симптоматики, повышении уверенности в собственных силах, способствуют установлению дружеских контактов, что в целом улучшает психологическое состояние индивидуума и делает коррекцию эмоциональной дезадаптации у студентов более эффективной.

На втором этапе использовали метод имаготерапии по И.Е. Вольперту. Образ животного для участника группы подбирался как лечебный фактор в соответствии с психологическим содержанием переживаний и должен был восполнять дефицит личностных свойств, которые могли бы помочь изменить поведение в сторону повышения адаптивности. Использовались рассказы-импровизации, антропоморфизм персонажей, позволявшие проигрывать избранные житейские ситуации с новыми свойствами характеров, реакций (театр экспромта). В зависимости от конкретных задач каждого занятия уровень драматизации варьировал, что позволяло достигать эмоциональных психологических состояний, способствующих адекватному ответу на разъяснения, убеждения и внушения, исходящие от членов группы. С другой стороны, происходило отвлечение и переоценка эмоционального отношения к фиксированным проблемам, использовались пластические ресурсы личности, ее рост и форсированное развитие.

При проведении танцевальной терапии использовали методику «движения-из-глубины» (movement-in-depth) М. Уайтхауз, основу которой составляет представление о свободном спонтанном движении, определяющем пластику и грацию индивида, достигшего гармонического психологического равновесия. Главным критерием успешности являлось субъективное представление о красоте и удовольствии от движений, испытываемое участниками группы. Танцевальная терапия интегрировалась с имаготерапией, позволяя опосредованно высвобождать глубинные переживания. Первыми шагами являлся спонтанный

танец, в последующем присоединялись те хореографические движения, которые, по мнению каждого участника, существенно дополняли репертуар выразительных движений. Танцевальная терапия была направлена на идентификационные процессы личности, самопринятие и повышение аттрактивности, управление коммуникативными дистанциями.

Выводы.

1. В ходе проведенного исследования у 66,9% студентов выявлены стойкие признаки эмоциональной дезадаптации, структура которой была представлена тревожными и депрессивными расстройствами.
2. Основными симптомами-мишенями (target-symptoms) патогенетического арт-терапевтического воздействия являются: «общая неудовлетворенность жизнью»; ощущение безнадежности, бесперспективности будущего; пассивно-страдальческая позиция (низкая самооценка, суицидальные мысли); чувство тревоги, страха; «чувство обиды», (эмоциональная уязвимость, сензитивность); «субъективное ощущение одиночества»; интолерантность к эмоционально сложным жизненным ситуациям (боязнь перемен, низкая стрессоустойчивость).
3. На основе полученных данных, отражающих структуру эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы, нами разработана патогенетически обоснованная программа арт – терапии, имеющая каузальную направленность по отношению к выявленным симптомам -мишеням, базирующаяся на международных подходах, биопсихосоциальной теории развития психических расстройств, использующая медико-психологическую концепцию творчества как деятельности, актуализирующей адаптивные механизмы психологических защит (МПЗ) и эмотивно-конструктивные стратегии преодоления стрессорных дезадаптивных факторов.

Оптимальными арт-терапевтическими методиками для коррекции эмоциональной дезадаптации у студентов высшей школы являются следующие: поэтритепия в сочетании с разговорной терапией, рецептивная музыкотерапия, искусство оригами, танцевальная терапия усиленные имаготерапией. При этом изобразительная деятельность выступает в качестве основополагающей. Использование данного принципа позволяет максимально интенсифицировать арт-терапевтический эффект за счет интермодального синергизма используемых техник.

Литература:

1. Краснова В.В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация/В.В. Краснова, А.Б. Холмогорова/Психологическая наука и образование/www.psyedu.ru/ISSN: 2074-5885/E-mail: psyedu@mgppu.ru
2. Красик Е.Д. Нервно-психические заболевания у студентов/Е.Д. Красик, Б.С. Положий, Е.А. Крюков. – Томск, 1982.
3. Крюкова Т.А. Психология совладающего поведения: Монография/Т.А. Крюкова. – Кострома, 2004.
4. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России/В.Ф. Войцех//Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16. – № 3.
5. Москова М.В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Автореф. дис... канд. психол. наук./М.В. Москова. – М., 1996.
6. Гаранян Н.Г. Предэкзаменационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов/Н.Г. Гаранян [и др.]/Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 2.
7. Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Дис... канд.психол.наук./Я.Г. Евдокимова. – М., 2008.
8. Гуменюк А.Н. Тревожные и депрессивные расстройства непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования/А.Н. Гуменюк, Т.Э. Редзанова//Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64).
9. Гавенко В.А. Уровни психического здоровья студентов в условиях современного этапа реформирования высшего медицинского образования/В.А. Гавенко, Н.В. Гавенко, В.В. Бойко/Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: Матеріали Науково-практичної конференції з міжнародною участю, (Храків, 28-29 січня 2010 р.)/Міністерство охорони здоров'я України, Харківська медична академія післядипломної освіти – Х.: ФА-П Шейнина Е.В. – 2010.
10. Кожина Г.М. Особливості психологічної адаптації студентів медиків до навчання./Г.М. Кожина, М.В. Маркова, Є.Г. Гріневич, А.М. Гайчук//Український вісник психоневрології. – 2012. – вип. 1 (70), додаток.

**АРТ- ТЕРАПІЯ ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕТОД ПСИХОРЕКЦІЇ
ЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

А. М. Гуменюк, В. А. Строевський

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського»
Нейропсихологічна клініка Поліада

Ключові слова: арт-терапія, емоційна дезадаптація, студенти.

Резюме: у статті наведено патогенетичну програму арт-терапії для психокорекції емоційної дезадаптації у студентів навчальних закладів в умовах реформування вищої освіти

**ART-THERAPY AS A PATHOGENETIC METHOD
OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION INTO EMOTIONAL DEADAPTATION
AMONG THE STUDENTS OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS UNDER THE HIGHER
EDUCATION REFORMATION**

L. N. Gymenyuk, V. A. Stroyevsky

State Institution "Crimean State Medical University named after S.I. Georgiyevsky"
Neuropsychological clinic "Poliada"

Key words: art-therapy, emotional deadaptation, students.

Summary: the pathogenetic programme of the art-therapy which is used for psychological intervention into emotional deadaptation among the students of educational institutions under the higher education reformation is presented in the article.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
(клинический случай)**

Ю. Н. Завалко, Я. С. Варшавский, А. Ю. Куликович

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

В клинической практике психотерапия психозов, в том числе шизофренического спектра, представляется зачастую довольно проблематичной и дискуссионной, поэтому любые положительные попытки, имеющие положительный результат в этом направлении заслуживают внимания. Это обусловлено тем, что «классический» психиатрический пациент «неукоренен в реальности». Особенно это касается больных с длительным течением психических расстройств, с преимущественно психотической симптоматикой.

На значение психотерапии в лечении психозов указывали такие известные отечественные психиатры, как С. С. Корсаков (1911), Ю. В. Каннабих (1934), в более позднее время С. И. Консторум (1962), М. М. Кабанов (1985), В. Д. Вид (1991), Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий (1994), А. А. Чуркин (1995), Б. А. Казаковцев (1996) и др. Основная литература по данной проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (Горелик Б. М., 1982; Холмогорова А. Б., 1993; Мазо Р. Е., 1995; Бабин С. М., 1999, и др.). При этих заболеваниях психотерапию, как принято, включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Отечественные и иностранные авторы, рассматривающие шизофрению как органический мозговой процесс или признающие ее

генетическую обусловленность, вместе с тем отмечают, что ее клиническая картина складывается не только из симптоматики, определяемой самим патологическим процессом, но и включает в себя различные феномены личностно-психологической природы.

Литературы, посвящённой непосредственно данной теме, крайне мало и, по-сути, вся она сводится к единичным, разрозненным незадокументированным клиническим случаям применения современных западных психотерапевтических подходов либо к исследованиям в области социальной реабилитации больных [5,8].

Так, например, В.Д. Вид, первый в России дипломированный психоаналитик, один из руководителей психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, в своей, резюмирующей собственный опыт книге «Психотерапия шизофрении», утверждает, что обучение способам улучшения психологической защиты от социального стресса, коррекция навыков социального взаимодействия и повышение эффективности в общении и проблемно-решающем поведении являются основными терапевтическими целями [1].

В декабре 2009 года в Санкт-Петербурге на состоявшемся тематическом заседании Российской психотерапевтической ассоциации совместно с Бехтеревским психиатрическим обществом, посвящённом психотерапии шизофрении, в качестве приоритетных задач были выделены: предупреждение обострения, компенсация негативной симптоматики и дезактуализация психических переживаний [2]. Также было акцентировано внимание на снижении уровня стрессогенности от микросоциального окружения, адаптации в семье, неформальных контактах, производственных отношениях и т.д.; преодолении социальных последствий заболевания (трудоустройстве), предотвращении изоляции больного в обществе, профилактике явлений госпитализма, формировании комплайенса [3,4].

Как видим, речь идёт об использовании психотерапии в реабилитационных целях, в то время как психотерапия непосредственно психопатологического состояния обходится вниманием компетентных участников, хотя и является неотъемлемой частью процесса, включающего множество методов [8,9,10].

Одним из подобных методов является Эриксоновский подход. Жан Годэн, известный французский психиатр, доктор медицины и психологии, профессор, основатель и руководитель парижского Института Милтона Эриксона, рассматривает Эриксоновский подход как комплекс методов психотерапевтического взаимодействия, при котором, благодаря воздействию терапевта, пациент временно «забывает» о внешнем мире, сохраняя связь с психиатром, при этом приобретая возможность психического переструктурирования [5].

При данном виде психотерапевтического воздействия временно снижается критический контроль и – что очень важно – временно снимаются ограничения сознания. Сознание логично, у него есть ограничения. В этом состоянии ограничений нет; здесь возможно то, что сознанию кажется невозможным и нелогичным. Это похоже на то, словно открываешь скобку в своем психическом функционировании, и внутри этой скобки могут осуществиться позитивные изменения. А затем скобка закрывается (после вмешательства), а изменения сохраняются и продолжают действовать. При этом действуют они как бы сами по себе, и это очень эффективно и практично [6].

Итак, как говорил Милтон Эриксон: «Первое, что нужно сделать – это встать рядом...». Поэтому, в представленном нами клиническом случае, подчеркнута важность умения создавать «терапевтическое пространство» или т.н. раппорт с больным, тем самым давая ему возможность максимального раскрытия своих болезненных переживаний в беседе с врачом, что уже в свою очередь позволило предельно глубоко понять и ощутить психопатологическую суть, а затем и эффективно помочь.

На примере данного клинического случая показано изучение изменения психопатологической структуры личности больного в условиях шизофренического процесса вследствие нейролингвистического воздействия (в русле применения Эриксоновского подхода) как аспекта психотерапевтического взаимодействия.

Пациент Руслан Р., 39 лет. Находился на лечении в КУ «ДКПБ» ДОС с 5.04.2012 по 13.07.2012 г. с диагнозом: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с частыми обострениями, депрессивно-параноидный синдром с суицидальной попыткой, этап формирования ремиссии В-С на фоне выраженного астенического типа дефекта.

Anamnesis vitae et morbi

Беременность у матери была запланированной, протекала согласно физиологическим нормам. Во время родов отмечалась слабость родовой деятельности. Ребенок родился в

срок, был желанным. С рождения находился на грудном вскармливании. Раннее развитие протекало согласно физиологическим нормам. Наследственность отягощена психическими заболеваниями: дед по линии отца страдал шизофренией. Симптомы поведенческих проблем не отмечались. Ребёнок по характеру формировался застенчивым и робким, предпочитал коллективные способы игры. События периода раннего детского возраста в памяти пациента не сохранились.

В школу пошёл в возрасте 6 лет. В течение первых двух лет обучения в школе его поведение было неудовлетворительным, конфликтовал со сверстниками, к школьной среде адаптировался с трудом. В дальнейшем учился «на отлично», стал лучшим учеником в классе. Характер продолжал формироваться робким и застенчивым. Испытывал трудности в коммуникации, нередко становился участником школьных конфликтов и драк, из-за которых сильно переживал. Был мнительным, при виде крови терял сознание. Самооценка была заниженной, несмотря на школьные успехи, был физически слабым и склонным к полноте, из-за чего его часто дразнили. Был чрезмерно совестливым, испытывал «сильнейшее» чувство вины, «был готов встать на колени перед директором школы, чтобы простили...». Рос в атмосфере частых скандалов и взаимных обвинений родителей. Скандалы провоцировал отец, так как он был тираном и деспотом. Пациент имел стойкую психологическую привязанность к матери, которая опекала, защищала и жалела его. В 9-летнем возрасте перенёс психотравму, когда во время пребывания в детском лагере отдыха случился энурез, после чего над ним смеялись. Стал чувствовать себя униженным, испытывал невыносимое чувство стыда, поэтому попросил родителей «немедленно» его забрать.

В период пубертата выбирал друзей избирательно: дружил в пределах собственного двора, в коммуникации занимал роль ведомого. Социально популярным не являлся и к этому не стремился, хотя испытывал обиду, когда обходили вниманием. В неформальные группировки не вступал, держался обособленно. Не испытывал желания строить идеалы, возводить кумиры, хотя мечтал «стать сильным и накачаться, но качался только мозг...». Вредных привычек не имел.

В школьные годы был любимцем учителей, развивался быстро, схватывал всё «на лету», любимыми были точные науки, гуманитарные давались плохо. Посещал олимпиады по точным наукам, однако призовых мест не занимал. Ключевыми интересами были учёба и футбол, других увлечений не имел. Был склонен к фантазированию, любил рассказывать учителям и сверстникам о своих «немыслимых и выдуманных занятиях, как сейчас понимаю, чтобы повысить самооценку».

Развивался преимущественно познавательным, нежели двигательным. Много читал, интересовался современными журналами о путешествиях, фантастике и точных науках.

Постоянно переживал чувство неполноценности, заниженную самооценку, хотя внешне казался жизнерадостным. С 14 лет испытывал кошмарные сновидения с чувством как будто ночью на него кто-то нападает, а он не видит нападающего; или чувство падения с высоты. При засыпании возникало ощущение, будто его «пронизывает током и ослепляет вспышка». С 18 лет впервые попробовал спиртное, «отдавал предпочтение дорогим винам и курению дорогих сигарет».

Выбор профессии изначально был обусловлен желанием родителей, поэтому в 1987 г. поступил в Павлоградское медицинское училище на специальность фельдшера. Учился «на отлично», был любимцем учителей, закончил с «красным дипломом». На 2 курсе впервые, после потери сознания при виде крови на глазах коллектива, появился страх потери сознания в закрытых помещениях, иногда страх был настолько невыносим, что выскакивал из автобуса до остановки. Переживания скрывал, за медицинской помощью не обращался, «было очень стыдно». Со временем появились частые головные боли, во время которых испытывал сильное чувство раздражения. После окончания медицинского училища несколько месяцев проработал фельдшером выездной бригады станции СП г. Новомосковска. Затем в 1991 г., по совету матери и вопреки собственному желанию учиться в сельскохозяйственной академии, поступил в Днепропетровскую государственную медицинскую академию. Обучение проходило легко, учился «на хорошо» и «отлично», учёба нравилась. В институте конфликтов не было, являлся любимцем преподавателей, как и в школе. В 1997 г. окончил ДГМА. В армии не служил, так как в академии проходил обучение на военной кафедре. В 1999 г. женился. В 2000 г. родилась дочь, которую «очень сильно любил, т.к. она выросла у меня на руках, потому что жена занималась карьерой».

Начал трудовую деятельность участковым терапевтом в одной из поликлиник г. Днепропетровска. Далее, в 1998 г., по финансовым соображениям, принял предложение устро-

иться на работу терапевтом в психиатрическую больницу особого типа, где стал заведующим отделением. В 2001 г. прошёл первичную специализацию по психиатрии и стал работать по 3-м специальностям (врач-терапевт, врач-психиатр, врач функциональной диагностики). До 2006 г. отношения с коллективом и руководством складывались нормально, но после конфликта с руководством заметил изменение отношения к нему коллектива. Из-за этого очень переживал, усилилась утомляемость, начал допускать ошибки на работе, в связи с этим проявилось чувство вины.

В апреле 2007 г. перенёс психотравму: на вскрытии умершего в его отделении больного было выявлено расхождение диагнозов. Через некоторое время после этого появилась тревога, нарушился сон, снизилось настроение, появились мысли, что его «подставляют, хотят отравить, вызвать инсульт», начал считать себя «непорядочным», в связи с угнетённым настроением и идеями самообвинения был госпитализирован в 31 отделение КУ «ДКПБ» ДОС. В больнице появился страх, что его «повесят». Просил жену, чтобы его «усыпили во время сонографии, чтобы больше не мучиться». Принимал зипрексу, трифтазин, сибазон, тизерцин, велаксин, миразеп. Был выписан в июле 2007 г. с диагнозом расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции у личности акцентуированной по тревожному типу. Вновь приступил к работе, принимал зипрексу и миразеп амбулаторно, но спустя 3 месяца уволился по собственному желанию, т. к. не мог справляться с нагрузкой из-за возобновления ощущения, что его «подставляют», затем появилась тревога. «Увольнение купировало рецидив».

Спустя несколько месяцев устроился на работу медпредставителем. Проработал только 4 месяца, т. к. «работа казалась невыносимой, она была совершенно не для меня», через 3 недели после увольнения нашёл работу кладовщиком-экспедитором. Эта работа нравилась, взаимоотношения в коллективе и с начальством были хорошими, спустя полгода принял повторное предложение о повышении на должность менеджера по продажам. После прохождения обучения легко освоился в новой должности и стал перевыполнять план в условиях кризиса. Проработал на этой должности 1 год. В этот период, в связи с понижением социального статуса, актуализировалось чувство ревности по отношению к жене: «Заметил, что ей оказывал знаки внимания коллега...» и, желая избавиться от чувства ревности начал выпивать. Несколько позже появилось чувство, что его «подставляют» и страх, что его могут «повесить». В этот же период ему казалось, что жена специально предлагает ему выпить с целью «вызвать обострение и отправить в психбольницу, чтоб от меня избавиться», «страх для меня был настолько сильным, что я бросил пить». После увольнения ушёл из семьи. Было намерение «пропить все деньги с кредитной карты и повеситься», был подавлен, ощущал безысходность. В дальнейшем несколько раз трудоустраивался и после короткого рабочего периода вновь увольнялся, так как возвращался страх, что его «подставляют» и хотят «повесить». В сентябре 2010 г. устроился на очередном рабочем месте, где впервые хотя бы обошёл страх повешения: там он трансформировался в страх того, что его должны «скинуть с высоты». Самостоятельно принимал 5 мг клопиксола на ночь и гигадепам 150 мг/день, после чего подозрительность и страх исчезли. Работа оставалась физически тяжёлой, усугублялось состояние хронической усталости, проявлялись раздражительность и конфликтность, поэтому возникли нарушения сна и угнетённое настроение с суицидальными мыслями. В 2011 году был оформлен развод. Отношения с дочерью поддерживал периодически, «стыдился признаться в том, что болен психическим расстройством».

Такое состояние продолжалось до января 2012 г., когда нашёл работу комплектовщиком на химчистке. Вначале трудовая деятельность складывалась благополучно, предлагали повышение на должность технолога, однако спустя месяц снова возник стереотипный конфликт с управляющей, когда «её мнение перестало меня устраивать, появилась сильная раздражительность, головная боль. Она, как мне казалось, была ко мне предвзята, настроила коллектив против меня, и я чувствовал, что должен поставить её на место». Затем вновь появилось чувство, что его хотят «подставить и повесить», резко снизилось настроение, пропал аппетит, нарушился сон (пробуждался не позднее 4 часов утра), по утрам появился кашель с рвотой желчью. С марта 2012 г. перестал выходить на работу, «понимал», что уже находится в психозе, но за помощью не обращался, так как боялся, что «повесят в больнице», «стал планировать самоубийство, был убеждён, что живым в руки не дамся – убью себя сам, чтобы больше не издевались. Думал, что будут играть на моих страхах, манипулировать, так лучше дома покончить с этим. Перебирал различные способы, анализировал их: родители не дадут повеситься, с крыши сброситься, так только покалечусь, и я взял бутылку, разбил её, нащупал сонную артерию и ударил себя по шее, намереваясь её вскрыть, но разрезал только вену. Боли не ощущал, считал, что загнали, как зайца...». Родственники вызвали

скорую помощь и 05.04.2012 г. был госпитализирован в 5 сомато-психиатрическое отделение КУ «ДКПБ» ДОС, где после необходимых хирургических мероприятий ему была оказана психофармакотерапевтическая помощь и был выставлен диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, параноидный синдром. 13.04.2012 г. был переведен в 31 отделение. Принимал арип, галоприл, сибазон, циклодол, однако существенного улучшения психического состояния не отмечалось.

20.04.2012 г. года в курс лечения было включено **психотерапевтическое вмешательство**.

Психический статус на момент начала психотерапии: пациент вошёл в кабинет быстрой, скованной, неестественной походкой, сел на стул напротив врача, внешне выглядел соответственно возрасту, был ухожен, аккуратен, одет соответственно ситуации. Испытывал чувство тревоги, которое маскировал закрытой и напряжённой позой высокой статичности, прямой ориентацией к собеседнику, ровной и скованной осанкой, расправленными назад плечами и выпяченной грудной клеткой, установленной ригидной личной дистанцией, голосом «с металлическим оттенком».

Выглядел надменным, с равнодушием относился к происходящему и к окружающим. Голова была запрокинута несколько назад, взгляд направлен в глаза собеседнику, смотрел сверху вниз. Наблюдались устойчивые, не зависящие от темы беседы и настроения, мимические комплексы гордости с элементами безразличия и презрения. Жестикаляция была слабо выражена, размерена, усиливалась в ответ на вопросы о самочувствии. Двигательная активность адекватна ситуации, но чрезмерно контролировалась.

Был доступен речевому контакту, отвечал на вопросы кратко, по существу. Речь носила высокопарный характер, изобиловала медицинской терминологией, быстрая по темпу, каждое слово чётко проговаривал. К исследованию проявлял формальную заинтересованность, внутренней вовлеченности не отмечалось и не проявлялось. Был насторожен, подозрителен, ложно искренен.

Настроение было нейтральным, колебалось в сторону дисфории в случае затрагивания болезненных тем. Волевых расстройств не отмечалось.

Патологию восприятия поведением не обнаруживал.

Интеллектуально-мнестически развит, образован, мышление носило несколько обстоятельный характер. Паралогичен, утверждал, что «меня могут повесить! И в больнице тоже, из-за мести за прошлые грехи!», «специально меня обрабатывали, чтобы довести, знали слабые места, чтобы вогнать в психоз».

Обнаруживал навязчивый страх повешения. Высказывал систематизированный бред преследования, «я анализировал свою жизнь и вывел закономерность, что всё происходившее со мной после первого психоза (потеря 9 работ) было мстостью руководства...».

Был ориентирован всесторонне верно.

«Мои страхи меня полностью дезадаптировали», снизилась социальная приспособляемость до уровня, на котором не мог взаимодействовать с сотрудниками.

Осознание своего психического состояния отсутствовало.

Психотерапевтическое вмешательство состояло из следующих элементов терапевтической стратегии:

1. Установление глубокого раппорта с пациентом, основанного на эмпатии, понимании и поддержке;
2. Разъяснение пациенту возможностей выхода из сложившейся ситуации, убеждение его в реальности данных возможностей;
3. Непосредственное психотерапевтическое «сопровождение» пациента к уже понятному и желанному состоянию психической реконвалесценции.

Данная стратегия реализуется посредством подведения пациента к необходимости наполнения смыслом осевых ситуаций жизни, что субъективно ощущается как «озарения». Вследствие этого человек имеет возможность, осознавая их смысл, управлять жизненными ситуациями и контролировать деструктивные паттерны своего поведения.

Тактически взаимодействие было поделено на ряд отдельных психотерапевтических сеансов/встреч, каждый из которых вёл пациента к полному осознанию собственного психического состояния и редукции психопатологической симптоматики.

Несколько первых сеансов были направлены на осознание и преодоление подсознательных паттернов защитного реагирования и на внушение надежды, которая, вследствие приобретения пациентом положительного опыта собственных психических изменений, превращалась в обоснованную уверенность в реальности реконвалесценции. Если до психотерапии, пациент утверждал, что «всё потеряно, сломано, это конец! Мне 39 лет, потеря карьеры, семьи... шансов нет!», то после 3-го сеанса – «Каждый раз, когда я прихожу на новую работу, находясь на своей должности, начинаю вести себя как начальник: команду, даю советы, демонстрирую свои знания и тому подобное. Сейчас я уже осознаю, что это действие моей гордыни, но, все-таки, зачем всё это?.. А! Всем этим я загоняю себя в болезнь, и тогда люди испытывают ко мне жалость, особенно мать! Т.е., я таким образом шантажирую, чтобы вызвать к себе жалость! Пустая гордость как первый этап защиты...».

Каждый раз, после достижения пациентом терапевтически значимого результата, итог резюмировался самоописанием. А именно, после 4-го сеанса (27.04.2012 г.): «Во время обсуждения с врачом конфликтной ситуации с руководителем на последнем месте работы, я пришёл к умозаключению, что на каждой работе «наступаю на одни и те же грабли». Всегда стремлюсь показать окружающим меня сотрудникам и руководителям, что я самый умный, быстро обучаемый, ценный сотрудник, беру на себя функции не свойственные занимаемой должности. В результате за «взлётом» в карьере, всегда следует «падение» из-за очередного обострения болезни, которым я уже приписываю символическое значение – «такая судьба». На вопрос психотерапевта: «Зачем Вам было это нужно?» пришло осознание того, что подсознательно я опять стремился к «страхам», к психическому расстройству, как следствие подсознательного желания, чтобы меня считали психически больным человеком, вызывая тем самым чувство жалости к себе у близких мне людей. Это было подсознательное стремление, чтобы мне уделяли больше внимания, «заботы» и «любви». По сути, это был шантаж болезнью человека, который не сумел стать успешным...».

На данном этапе была идентифицирована система поведения, которая патогенетически определяла психическое расстройство: «В любой удобной ситуации я стремлюсь взять на себя колоссальную ответственность. Далее, когда она достигает критических показателей, и я уже не в силах с ней справиться, появляется сильнейшее чувство вины, затем мысль «что я натворил?!», далее представляется ужас последствий и уже следом – мысль психотического порядка «меня хотят подставить», с помощью которой я пытаюсь переложить ответственность». Таким образом, смысл психоза заключался в снятии накопившегося «колоссального» напряжения и в уходе от чувства вины.

Данный поведенческий паттерн был подробно осмыслен больным на следующей встрече. Самоописание от 30.04.2012 г.: «Во время разбора случая проведения мной служебного расследования по одному происшествию с пациентом в 2006 году, представитель администрации больницы указал мне на необходимость вынести 2 выговора сотрудникам, имевшим отношение к данному происшествию. При изучении истории болезни оказалось, что в других больницах, где лечился этот пациент, с ним 9 раз происходили подобные инциденты, связанные с его поведением, по этой причине я отказался выносить выговор сотрудникам, так как их не предупредили о данной особенности поведения того пациента. В ответ на мой отказ появилась объяснительная записка врача-психиатра, который вёл этого больного, где указывалось, что дежурный врач Р (т.е. я) отправлял этого больного в день отбытия его из больницы, и я должен был изучить мед. документацию и предупредить сопровождающих сотрудников о данной особенности пациента. У меня появилось чувство, что меня подставляют, что было подсознательным перекалыванием ответственности на других вследствие неосознанного чувства вины.

Начало первого психоза в мае 2007 года было связано с первым в моей жизни расхождением диагнозов на вскрытии. Я был уверен в том, что установленный мною диагноз верен и уехал отдыхать. Через некоторое время у меня возникло беспокойство, появилась тревога, я начал звонить на работу, вернулась ли история болезни из морга и что написано в патологоанатомическом заключении. Но история болезни длительное время не возвращалась. На вопрос психотерапевта: «Почему Вы так боялись расхождения диагнозов?», меня осенило, что это снова был удар по моей гордыне, я боялся, что сотрудники увидят меня таким, каким я сам представляюсь себе. У меня снова появился страх, что меня подставляют, снизилось настроение, появилась тревога, пропал аппетит, нарушился сон и появились мысли, что меня хотят убить.

При втором развитии психоза я наступил на те же «грабли». Работая комплектовщиком в химчистке, я сортировал спецодежду на стирку и химчистку. Химчистка стояла доро-

же, поэтому руководство компанией было заинтересовано, чтобы большая часть спецодежды проходила химчистку, а не стирку. Я случайно услышал от представителя завода, что за химчистку спецодежды завод платит 10 грн/кг, поэтому стал просчитывать рентабельность предприятия, что никак не входило в мои обязанности. И, когда руководители задали мне вопрос: «Сколько спецодежды идёт на стирку и химчистку?», я ответил не так, как реально обстояли дела, а так как должно быть, чтобы предприятие было рентабельным. Однажды сказав «слово» я стал его придерживаться и сортировать спецодежду «в нужном направлении». Вскоре у меня снова появилась мысль, что меня хотят подставить, и я дал «обратный ход». Затем присоединился страх, что меня хотят повесить, снизилось настроение, пропал аппетит, нарушился сон, по утрам появился кашель с рвотой.

В обоих случаях развитие психоза схематически можно изобразить следующим образом. Взятие на себя «колоссальной» ответственности – подсознательное чувство вины – подсознательное перенаправление чувства вины на других – страх, что меня подставляют – развитие психоза.

В результате психотерапии я осознал, что в основе развития у меня психоза, а именно страха, будто меня подставляют, является взятие на себя «колоссальной» ответственности, неосознанное чувство вины и подсознательное перекалывание ответственности на других. В итоге, я избавился от чувства вины и стремления брать на себя чрезмерную ответственность».

На последующих, завершающих психотерапию психоза встречах разбирались заключительные темы, которые были отражены очередными самоописаниями.

Самоописание от 4.05.2012 г.: «Во время беседы разбирался вопрос, почему во время психоза у меня возникает именно страх повешения. В детстве, в возрасте около 7 лет, я повесил котёнка. При этом я несколько раз возвращался, чтобы его спасти, но всё-таки оставил умирать... На вопрос психотерапевта: «Зачем Вы это сделали? Какую настоящую цель преследовали?», после размышлений я пришёл к заключению, что хотел проверить смогу ли я убить... Летом я проводил время в селе. Я часто наблюдал, как мой дедушка издевался над котами, а затем жестоко их убивал. Я был свидетелем этих сцен и при этом испытывал 2 чувства, с одной стороны жалость к животным, с другой – трусость, так как боялся вмешаться и попросить дедушку больше их не убивать. Дед при этом казался мне смелым, я видел в нём пример для подражания. Только сейчас понимаю, что на самом деле он был трусом, так как убивал незащищённых. Но тогда я ему подражал, потому что тоже хотел быть «смелым», именно по этой причине я и повесил котёнка. На самом деле просто проявил трусость...

Во время первого психоза, когда мне пришла мысль, что меня хотят убить, я вначале думал, что у меня «вызовут инсульт», а затем стал думать, что отравят. В конечном итоге я остановился на мысли о повешении, так как именно этой смерти заслуживают трусливые, а не смелые».

Самоописание от 14.05.2012 г.: «Во время беседы разбирался вопрос моих взаимоотношений с матерью. С детства я рос под постоянной опекой с её стороны. Она постоянно стремилась контролировать мою жизнь, не давала стать самостоятельным, жить «своей жизнью». После развода с женой и переезда на проживание к родителям в 2009 году, опека и контроль с её стороны только усилились. Сейчас я нахожусь в больнице, и моя мама постоянно, почти каждый день, приезжая на свидания, привозит столько еды, сколько я физически не могу съесть. «Чтобы сынуля не был голодным» – так она это объясняет. По рекомендации психотерапевта я применил метод «Эмоционального выдувания» или «Кривого зеркала» к этой ситуации. В ответ на её поведение я стал выдвигать всё новые просьбы в гиперболизированной форме. Вместо ежедневных свиданий просил приезжать 2 раза в день, вместо 1 первого блюда, которое я и так никогда не ел, просил 2 блюда «на выбор», дескать, «съем, которое понравится». В ответ на мои «просьбы» мама реагировала стереотипно. На глазах появлялись слёзы и начинался шантаж «я больше сюда не приеду». При этом я испытывал по отношению к ней чувство жалости, а по отношению к окружающим – чувство стыда.

После разбора моих эмоциональных переживаний с психотерапевтом, я пришёл к заключению, что данные чувства деструктивны или, по крайней мере, они никуда не ведут. Я понял, что это «крайности». Осознав и преодолев эти деструктивные чувства, их место заняли чувства конструктивные: вместо жалости – чувство благодарности, вместо стыда – ответственность. Теперь, находясь в больнице, я беру на себя ответственность за свои поступки и поведение в целом. Принимая это, не буду доводить ситуацию до таковой, в которой сейчас оказался: в свои 39 лет нуждаюсь в помощи матери. Чувства ответственности и благодарности предполагают развитие, порождают другие конструктивные чувства, в то время как жалость и стыд – это «тупик». В настоящий момент я избавился от чувства стыда и жалости,

и на свиданиях с мамой испытываю чувство ответственности, принимая сложившуюся ситуацию какой бы она ни была, и чувство благодарности, потому что каким бы не было поведение мамы, это лучшее, что она может мне дать».

Таким образом, психотерапевтическое вмешательство позволило достичь следующих результатов:

1. Пациент детально и полностью смог осознать собственное психическое состояние;
2. Научился самостоятельно находить выход из субъективно безвыходных жизненных ситуаций;
3. Принял необходимость и осмыслил пользу внутреннего локуса контроля;
4. Преодолеал алекситимию как паттерн защитного реагирования;
5. Понял причины собственных деструктивных поведенческих паттернов;
6. Научился замечать и преодолевать стереотипные поведенческие шаблоны;
7. Изменил отношение к болезни – от «проклятия судьбы» к «испытанию, которое необходимо преодолеть».

По рекомендации врачей и МСЭК, с целью психосоциальной реабилитации, была определена 3 группа инвалидности с трудовыми рекомендациями и назначена поддерживающая психофармакотерапия минимальными дозировками арипа и вальпрокома. Завершение психотерапевтического взаимодействия проявилось в конгруэнтной социальной интеграции, основанной на приобретённых в процессе психотерапии убеждениях.

Принимая во внимание положительный опыт нескольких клинических случаев, описанный ранее [7], о результатах проводимой терапии больных шизофренией можно сделать следующие выводы:

1. Отмечается стойкая положительная динамика психического переструктурирования в сторону принятия собственной нормальной психической активности и деятельности,
2. Появилось различение реальных объектов внешнего мира и своих представлений о них,
3. Улучшились способности больных осознавать и контролировать собственные доминирующие эмоциональные и телесные потребности,
4. Изменился вектор отношения пациентов к себе, людям и обстоятельствам от деструктивного реагирования на конструктивное.
5. Основываясь на проведенном анализе, можно сделать заключение, что психотерапевтическое вмешательство, в виде нейролингвистического воздействия (в русле Эриксоновского подхода), с больными психотического уровня возможно и требует дальнейшего исследования.

Список литературы:

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении, Санкт-Петербург, 1993. С. 40–43.
2. Вартанян М.Е. Современные проблемы психического здоровья: состояние и перспективы. -Журн. Невропатология и психиатрия-1989 № 10. С. 13.
3. Шумаков В.М. Некоторые вопросы психодиагностики и психологической коррекции в системе реабилитационных мероприятий на разных этапах психиатрической помощи (состояние и перспективы)//Новое в теории и практике реабилитации психически больных.-Л., 1985. С. 107–108.
4. Кабанов М.М. Очередные задачи на пути развития концепции реабилитации психически больных//Новое в теории и практике реабилитации психически больных.-Л., 1985.С. 33.
5. Годэн Ж. Новый гипноз: введение в Эриксоновскую гипнотерапию. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. С. 98–103.
6. М.Р. Гинзбург, Е.А. Яковлева. Эриксоновский гипноз: систематический курс. Издательство Московского психолого-социального института, 2008. С. 211–222.
7. Эриксоновская и нейролингвистическая психотерапия психоза шизофренического спектра (клинический случай)/Я.С. Варшавский, А.Ю. Куликович//Медичні перспективи. – 2011. – Том XVI, 4. – С. 141–144.
8. Grinder J., Bandler R. Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson. Volume 1, 2005. P.77.
9. Milton H. Erickson, Ernest L. Rossi, Sheila I. Rossi. Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion. 1976. P.43–45.
10. Short, D., Erickson, B.A., & Erickson Klen, R. Hope & Resiliency: Understanding the Therapeutic Strategies of Milton H Erickson. 2005. P.128–141.

СЕМЕЙНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ В АСПЕКТЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СУПРУЖЕСКИМИ ОТНОШЕНИЯМИ

В. А. Курило

Запорожский государственный медицинский университет
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме: на основе психодиагностического исследования 210 супружеских пар с семейной дезадаптацией и 50 адаптированных семейных пар, изучены особенности функционирования семейной системы, а именно, явления сплоченности и адаптации. Проанализированы особенности супружеских пар, в которых у одного из супругов диагностировано расстройство личности, а также мужчин и женщин с невротическими расстройствами и их супругов, и здоровых семейных пар с дезадаптацией, на основе чего выделены патологические варианты супружеской сплоченности и типы адаптивных нарушений, являющиеся специфическими факторами развития семейной дезадаптации.

Ключевые слова: семейная дезадаптация, сплоченность, семейная система.

Семейная адаптация, как следствие правильного функционирования семьи, являясь интегративным феноменом, отражает согласованные взаимодействия супругов на социальном, психологическом, социально-психологическом и биологическом уровнях, затрагивая, таким образом, все стороны жизни и взаимоотношений. В связи с этим изучение причин и механизмов нарушения семейной адаптации и разработка эффективных методов его диагностики и коррекции представляют собой актуальную медицинскую и психологическую проблему [1, 2].

Разносторонность супружеских взаимоотношений, многообразие причин и сложный генез семейной дезадаптации диктуют необходимость системного подхода к ее изучению. Только с позиций системного подхода могут быть раскрыты причины и механизмы развития дезадаптации семьи, выявлены все ее клинические проявления, что необходимо для разработки эффективной системы коррекции, поскольку методы психотерапии, используемые в настоящее время, требуют соответствующей модификации для применения при каждой из многих форм семейной дезадаптации [3, 4].

Учитывая тот факт, что семейная адаптация представляет собой сложный многофакторный и полипараметричный феномен, который детерминирован единством всех проявлений функционирования семьи, а также значение психологических и социально-психологических факторов в ее обеспечении, мы провели психодиагностическое исследование с целью изучения фактора удовлетворенности супружескими отношениями в генезе развития семейной дезадаптации.

В качестве индикаторов успешного брака и удовлетворенностью им выступают параметры сплоченности и семейной адаптации. Для изучения этих параметров мы использовали разработанный Д. Х. Олсоном с соавт. опросник FACES-III (2002) [5], с помощью которого диагностируются 4 уровня семейной сплоченности: разобщенный, разделенный, связанный и сцепленный и 4 уровня семейной адаптации: ригидный, структурный, гибкий, хаотический. Разделенный и связанный уровни семейной сплоченности, структурированный и гибкий уровни семейной адаптации свидетельствуют о сбалансированности (функциональности) семейной системы, другие (экстремальные) уровни указывают на ее несбалансированность и дисфункциональность.

Для достижения поставленной цели нами было обследовано 210 супружеских пар (СП) с СД. У 80 СП один из супругов страдал расстройством личности (РЛ) (40 мужчин с РЛ с женами и 40 женщин с РЛ и их мужья) – группа 1, среди других 80 СП у одного из было супругов диагностировано невротическое расстройство (НР) (40 мужчин с неврастенией, обсессивно-компульсивным и соматизированным расстройствами и их жены, а также 40 женщин с неврастенией, невротической депрессией, тревогой, и их мужья) – группа 2, а также 50 СП, у которых не было выявлено клинически очерченных расстройств психического здоровья – группа 3. В качестве контрольной группы были обследованы 50 гармоничных СП. Таким образом, общее количество обследованных составило 260 СП (520 человек). Распределение обследованных на группы представлено на рис. 1.

Для удобства анализа и обработки полученных результатов, учитывая специфичность психодиагностического исследования особенностей межличностного взаимодействия, каждая из групп была разделена на условно закодированные подгруппы. В первой группе подгруппа мужчин с РЛ получила код 1.1, их жен – 1.2; подгруппа женщин с РЛ была закодирована 1.3, их мужей – 1.4. СП второй группы были, соответственно, разделены подобным образом: подгруппа мужчин с НР – 2.1, их жен – 2.2; женщины, страдающие НР – 2.3, их мужья – 2.4. Среди третьей группы подгруппа мужчин была объединена под кодом 3.1, женщин – 3.2. Обследованные контрольной группы были разделены на подгруппы мужчин – К.1 и женщин – К.2.



Рис. 1. Распределение обследованных на группы.

Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние показатели семейной сплоченности и адаптации по группам обследованных (баллы)

Группы	Показатели		Варианты	
	сплоченность	адаптация	сплоченность	адаптация
1.1.	21,3	12,6	Разобщенность	Ригидность
1.2.	47,4	31,8	Сцепленность	Ригидность
1.3.	28,6	44,2	Разобщенность	Ригидность
1.4.	48,1	36,5	Сцепленность	Ригидность
2.1.	47,7	14,7	Сцепленность	Хаотичность
2.2.	43,4	17,6	Раздельность	Ригидность
2.3.	48,5	15,3	Сцепленность	Хаотичность
2.4.	44,2	38,8	Раздельность	Ригидность
3.1.	43,7	18,3	Раздельность	Ригидность
3.2.	48,2	16,5	Раздельность	Ригидность
К.1.	38,7	23,6	Связанность	Гибкость
К.2.	39,4	25,2	Связанность	Гибкость

Было установлено, что структурные особенности супружеских взаимоотношений обследованных СП обладают выраженной спецификой. Сплоченность, характеризующая степень эмоциональной близости между супругами, свидетельствует о том, как супруги видят себя как связанное целое. Это степень эмоциональной вовлеченности супругов в совместную жизнь, которая характеризуется тем, что для человека является важнее – время внутри семьи или время вне партнерства. Для диагностики сплоченности используются показатели: эмоциональная связь между супругами, организация семейных границ, лояльность семейным правилам, зависимость членов супругов друг от друга, стиль принятия решений по семейным вопросам, время, проводимое супругами вместе, отношения с друзьями, совместные интересы и отдых. Выделяют четыре уровня сплоченности (от экстремально высокого, до экстремально низкого) и, соответственно, четыре варианта сплоченности супружеских отношений.

Разобщенный вариант, характеризующийся очень низким уровнем сплоченности и лояльности, был выявлен у мужчин и женщин 1 группы, у которых было диагностировано РЛ (подгруппы 1.1 и 1.2). Разобщенная пара состоит в союзе, но для каждого из партнеров время, проведенное вне семьи, представляется более ценным, чем время, проведенное с

партнером. Друзья и подруги являются отдельными и каждый супруг имеет свой круг общения. Попытки посягнуть на личное время рассматриваются как угроза союзу. Это союз, где люди сосредоточены на удовлетворении собственных интересов. К слабой стороне таких отношений можно отнести неумение сближаться в кризисные моменты из-за привычки удовлетворять только свои интересы. В моменты кризиса эта пара демонстрирует неумение поддерживать друг друга эмоционально, совместно решать жизненные проблемы. Изолируясь и подчеркивая свою независимость, они часто скрывают свою неспособность устанавливать близкие взаимоотношения.

На противоположном полюсе по степени сплоченности находится запутанный или сцепленный вариант отношений, который был характерным для мужчин и женщин подгрупп 1.2 и 1.4, а также для супругов группы 2, у которых было выявлено НР вследствие семейной дезадаптации (подгруппы 2.1 и 2.3). Запутанные отношения – это отношения, в которых слишком много центристских сил и вся энергия партнеров сосредоточена на союзе. Друзья только общие, хобби и развлечения только общие, всякие различия во мнениях рассматриваются как угроза союзу. В моменты кризиса, когда разделенность диктуется материальной или временной необходимостью, партнеры не умеют давать свободу друг другу. При таком варианте отношений супруги не могут действовать независимо от своих партнеров, ибо существуют крайности в требовании эмоциональной близости и лояльности. Их отношения носят зависимый характер, они во всем соглашаются со своими супругами, не высказывая свою точку зрения. Личного пространства у таких супругов нет. Подобные взаимоотношения слабо дифференцированы, характеризуются жесткими внешними границами с окружением и диффузными внутренними границами между супругами. Энергия супругов сфокусирована в основном внутри семьи. Запутанные отношения несут в себе замедление развития каждого партнера как личности.

Взаимоотношения супругов подгрупп 2.2, 2.4, 3.1 и 3.2 характеризовались относительной взаимной дистанцированностью, т. е. умеренной сплоченностью, что свидетельствовало о раздельном варианте супружества. В эмоциональных отношениях в семье присутствует некоторая раздельность, однако, она не являлась такой крайней, как при разобщенном варианте. В раздельных отношениях есть общие друзья и общие интересы, но время, проведенное вне семьи, предпочтительнее для партнеров. Общность есть, но она расценивается как то, что не мешает развитию индивидуальности, которая стоит в таких отношениях на первом месте.

Связанный вариант отношений, выявленный у супругов контрольной группы, характеризуется высокой степенью эмоциональной близости, лояльностью во взаимоотношениях и определенной зависимостью членов семьи друг от друга. При сплоченных отношениях друзья и интересы в основном общие, и люди не боятся иметь отдельных друзей и подруг. Сплоченные отношения отличаются от раздельных тем, что время, проведенное вместе, ценится больше, чем время, проведенное отдельно. И, таким образом, девиз такой пары: прежде всего развитие отношений, и уж потом развитие индивидуальностей. Супруги часто проводят время вместе, что является для них более важным, чем время, посвященное индивидуальным друзьям и интересам. Однако сплоченность в таких отношениях не достигает степени запутанности, когда пресекаются всякие различия.

Как видно из вышесказанного, супруги группы 1 по параметру сплоченности оценивали свои взаимоотношения по-разному. Мужчины и женщины с РЛ относили свои отношения к разряду разобщенных, их мужья и жены – считали свои отношения сцепленными, вплоть до состояния зависимости. Также как зависимые характеризовали свои взаимоотношения с супругами мужчины и женщины группы 2, страдающие НР, их мужья и жены давали отношениям другую оценку, считая их раздельными. Совпадали взгляды на свои взаимоотношения с партнерами у супругов группы 3, они реально оценивали свои отношения и оба супруга характеризовали их как раздельные. Связанные отношения были выявлены у обоих супругов контрольной группы.

Таким образом, по параметру сплоченности отношения супругов группы 1 имели несбалансированный характер (разобщенный и запутанный варианты). К частично несбалансированным мы отнесли отношения супругов группы 2, поскольку один из супругов оценивал свои взаимоотношения как несбалансированные (запутанный вариант). Несбалансированные взаимоотношения носили проблематичный характер, вели к неудовлетворенности супружескими отношениями и нарушениям семейного функционирования. Отношения супругов группы 3 по данному параметру можно оценить как частично сбалансированные (раздельный вариант). Связанный вариант взаимоотношений, характерный только для

супругов контрольной группы, мы оцениваем как сбалансированный, способный сочетать собственную независимость с эмоциональными связями супругов.

Супружеская адаптация, второй параметр, по которому супруги оценивали свои взаимоотношения, понимается как гибкость. Супружеская гибкость – характеристика того, насколько гибко или, наоборот, ригидно супруги способны приспосабливаться, изменяться при воздействии стрессоров (наличие в отношениях механизмов, которые позволяют супругам реагировать на внутренние и внешние изменения). Индикаторами гибкости являются лидерство, контроль, дисциплина, правила и распределение ролей в семье. Выделяют четыре уровня гибкости (от экстремально высокого до экстремально низкого) и, соответственно, четыре варианта адаптации супругов.

В ходе исследования выявлена следующая закономерность: отношения супругов всех основных групп носили сугубо несбалансированный характер по параметру адаптивности или гибкости.

Так, ригидный вариант адаптации был характерным для всех супругов 1-й и 3-ей групп, а также для части супругов 2-й группы (подгруппы 2.2 и 2.4). Такие взаимоотношения характеризуются очень низкой гибкостью и адаптивностью. Супруги не способны решать жизненные задачи, возникающие перед семьей. Супруги отказываются меняться и приспосабливаться к меняющимся условиям и семейным ситуациям. (рождение детей, смерть близких родственников, взросление детей и отделение их от семьи, изменения в карьере, месте жительства и т.д.). Отношения становятся ригидными, когда они чрезмерно иерархизированы, т.е. всем заведует и все контролирует один из супругов. Переговоры по важным вопросам в такой семье ограничены, а большинство решений принимается лидером. При ригидных отношениях роли в семье, как правило, строго распределены, и не меняются даже при сильных изменениях внешних условий, правила взаимодействия супругов остаются неизменными. Поведение супругов носит предсказуемый и ригидный характер. Как правило, ригидными становятся отношения, где есть четко выделенный лидер, который крепко держится за свою власть.

Мужчины и женщины группы 2, у которых было диагностировано НР (подгруппы 2.1 и 2.3), находились на другом полюсе по степени гибкости, оценивая свои взаимоотношения с супругами как непредсказуемые, что характерно для хаотического варианта адаптации. Обычно такое состояние отношений свидетельствует о кризисном моменте в отношениях, проблемными они становятся, если супруги застревают в нем надолго. Супруги считают, что в их союзе никто не командует, а решения принимаются сами собой, «как сложится жизнь». Это структура, где нет устойчивого руководства, роли неясны и часто смещаются от одного супруга к другому. Решения принимаются спонтанно, являются импульсивными и непродуманными, что, к сожалению, делает пару непредсказуемой. В ситуации, когда нужно взять на себя ответственность, все от нее отказывается в надежде на то, что все само устроится.

Умеренной гибкостью и демократичным стилем руководства характеризовались отношения супругов контрольной группы, что говорит о гибком варианте и высокой уровне адаптации супругов. Переговоры супруги вели открыто и активно, роли разделялись и менялись, когда это необходимо. Правила могут быть изменены и соотносены с изменением условий жизни супругов. Иногда, правда, семье может не хватать лидерства, и члены семьи завязают в спорах друг с другом.

Таким образом, у супругов основных групп были выявлены ригидный и хаотичный варианты адаптации, что относится к несбалансированному типу отношений, отношения супругов контрольной группы отличал сбалансированный тип отношений (гибкий вариант адаптации).

Согласно известной циркулярной модели семейных отношений Олсона, включающей в себя 2 основные оси (сплоченность и гибкость), в зависимости от степени проявления которых, выделяется 16 типов отношений, среди которых лишь четыре являются сбалансированными и гармоничными, восемь – частично сбалансированными (по одному параметру) и четыре – несбалансированными по обоим параметрам.

Таким образом, супружеские отношения нуждаются не только в балансе близости-раздельности, но также в оптимальном сочетании изменений внутри семьи со способностью сохранять свои характеристики стабильными. Таким образом, с одной стороны, супруги стремятся сохранить свои отношения неизменными, с другой стороны, изменения жизненных условий требуют от них перестройки взаимодействия и перераспределения ролей. Если супруги не могут эффективно подстроиться под новые требования жизни, то наступает период напряженных отношений, конфликтов, то есть супружеские отношения переживают кризис.

С помощью проведенного исследования удовлетворенности супругов браком мы выявили три типа супружеских отношений в зависимости от сочетания разной степени гибкости и сплоченности супругов.

Сплошная несбалансированность супружеских отношений – выявлена у супругов группы 1, в которой у одного из супругов диагностировано РЛ. К ним относятся пары, отношения которых характеризуются как разобщенные ригидные или запутанные ригидные. Такого рода союзы могут существовать, однако, такие отношения являются для партнеров своего рода западней, в них не хватает либо свободы, либо эмоционального тепла и предсказуемости.

Мозаичная несбалансированность супружеских отношений – характеризуется несбалансированностью по одному варианту адаптации. Данный тип отношений отмечался у супругов группы 2, в которой у одного из супругов было выявлено НР вследствие семейной дезадаптации. Свои отношения супруги группы 2 оценивали как запутанные хаотичные или раздельные ригидные. Данный тип отношений оказался также характерным для супругов группы 3, у которых были выявлены раздельные ригидные отношения. Выявленный тип отношений может существовать сколь угодно долго, но со временем такие отношения имеют тенденцию становиться несбалансированными, – в них существует угроза того, что разделение станет разобщенностью.

Сбалансированный тип супружеских отношений – характеризуется сплоченным и гибкими отношениями. Данный тип отношений был выявлен у супругов контрольной группы. Взаимодействие таких типов считается стабильным, и пара может справиться с любым жизненным кризисом. Кроме того, такие отношения стимулируют развитие индивидуальности, поэтому никто не стремится ни к большей свободе, ни к большему лидерству.

Система отношений супругов может меняться, они могут менять степень эмоциональной сплоченности и стиль руководства.

Таким образом, изучение у обследованных супругов важнейшего параметра супружеского взаимодействия – субъективной удовлетворенности их своими супружескими отношениями, выявило сплошную несбалансированность отношений по аспекту сплоченности и адаптации у супругов группы 1, в которой у одного из супругов имеет место РЛ. Несбалансированность супружеских отношений хотя бы по одному аспекту либо сплоченности, либо адаптации ведет к нарушению всей системы супружеских отношений и свидетельствует о мозаичной их несбалансированности (мозаично-хаотичной у супругов группы 2, где у одного из супругов диагностировалась НР вследствие семейной дезадаптации, и мозаично-ригидной у СП группы 3). Сбалансированные супружеские отношения по обоим параметрам свидетельствуют об адекватной семейной адаптации, констатируемой у супругов контрольной группы.

Полученные данные легли в основу разработанной нами системы психотерапии и психопрофилактики семейной дезадаптации.

Література.

1. Кришталь В.В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч./В.В. Кришталь, Є.В. Кришталь, Т.В. Кришталь – Харків: Фоліо, 2008.– 990 с.
2. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация/С.Т. Агарков.– М.: Едиториал УРСС, 2004.– 256 с.
3. Каденко О.А. Супружеская дезадаптация и внебрачные сексуальные связи: Монография/О.А. Каденко.– Хмельницкий: ХНУ, 2006.– 239 с.
4. Коваль Н.А. Психология семьи и семейной дезадаптивности/Н.А. Коваль, Е.А. Калинина.– из-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2007.– 351 с.
5. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений/А.Г. Лидерс.– 2-е изд., стер.– М.: Издательский центр «Академия», 2007.– 432 с.

СІМЕЙНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ В АСПЕКТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ СИСТЕМИ І ЗАДОВОЛЕНOSTІ ПОДРУЖНИМИ СТОСУНКАМИ

В. О. Курило

Резюме: на основі психодіагностичного дослідження 210 подружніх пар із сімейною дезадаптацією і 50 адаптованих сімейних пар, вивчено особливості функціонування сімейної системи, а саме, явища згуртованості та адаптації. Проаналізовано особливості подружніх

пар, в яких у одного з подружжя діагностовано розлад особистості, а також чоловіків і жінок з невротичними розладами і їх партнерів, і здорових сімейних пар з дезадаптацією, на основі чого виділені патологічні варіанти подружньої згуртованості і типи адаптивних порушень, які є специфічними факторами розвитку сімейної дезадаптації.

Ключові слова: сімейна дезадаптація, згуртованість, сімейна система.

FAMILY DISADAPTATION IN THE ASPECT OF THE FAMILY SYSTEM AND SATISFACTION MARITAL RELATIONSHIP

V. A. Kurilo

Resume: on the basis of psychodiagnostic study 210 married couples with a family maladjustment and 50 adapted couples, studied the peculiarities of the family system, namely, the phenomenon of cohesion and adaptability. The features of couples in which one spouse is diagnosed personality disorder, as well as men and women with neurotic disorders and their spouses, and healthy families with maladjustment, based on what identified pathological variants of marital cohesion and adaptive types of violations that are the specific factors development of family maladjustment.

Keywords: family maladjustment, cohesion, family system.

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПОДХОДЫ К ИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В. А. Ломтева

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1

В современной психиатрии прослеживается тенденция к смещению акцентов с изучения узко клинических проявлений психического заболевания к изучению пациента со всеми его личностными и социальными особенностями, его жизни, нужд, успехов и неудач, суждений и оценок, в том числе касающихся заболевания и его последствий. Эта тенденция привела к исследованию социального функционирования и качества жизни больных (10, 11, 25). Шизофрения является тяжелым хроническим психическим расстройством, начинающимся чаще в молодом возрасте, оказывающим влияние на разные стороны жизни пациента и приводящим к его инвалидизации. Поэтому изучение факторов, влияющих на социальное функционирование и качество жизни этой группы больных, является важной задачей на пути улучшения качества оказываемой помощи.

Одним из важнейших направлений психиатрической помощи и реабилитационной тактики при шизофрении является преодоление стигмы как фактора, существенно влияющего на качество жизни и социального функционирования пациента. Стигма является своеобразным социальным клеймом психического заболевания, препятствующим социальной интеграции пациентов и ведущим к их социальному отвержению. Сформировав определенный набор негативных социальных установок, укоренившихся в сознании широких слоев населения, стигма обрекает тем самым людей с психическими расстройствами на дополнительные интенсивные переживания в связи с дискриминационным и сегрегативным характером отношений к ним общества (3). В клинической практике стигматизация пациента проявляется со стороны: а) медицинского персонала; б) семьи; в) формального микросоциального окружения (14).

Отношение медицинского персонала к пациенту (директивное, неуважительное, формальное, непартнерское, патерналистское) важно не только для его самосознания, но также для формирования аналогичных тенденций в поведении по отношению к нему со стороны членов семьи (а через нее и неформального окружения), что, в свою очередь, определяет позицию пациента как внутри, так и вне семьи. Например, стигматизирующий эффект диагноза и обусловленный им (эффектом) врачебный патернализм стимулирует семью к гиперпротективности и чрезмерному контролю, тем самым значительно уменьшая способность пациента контролировать свою жизнь, что, в свою очередь, уже «объективно» детерминирует патернализм со стороны медперсонала (ситуация «порочного круга»). Другой крайностью может быть снисходительность, «похлопывание по плечу», обращение к пациенту на «ты» и только по имени (вне зависимости от возраста пациента и профессионала), то есть, по сути – пренебрежение реальными нуждами и заботами больного со стороны медицинских и социальных служб, что получает аналогичный «отклик» со стороны семьи и приводит в итоге к инфантилизации и маргинализации психически больного человека (13).

Стигматизация обществом семьи больного облегчается тем обстоятельством, что факт психического заболевания члена семьи по сути дезадаптирует ее. Это обусловлено: а) ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником; б) чувством вины по отношению к больному, усиливающимся бытующими в обществе «теоретическими обоснованиями» со стороны самых разных общественных групп (включая церковь), обвиняющих семью в возникновении психического заболевания; в) тенденцией таких семей к защите от внешнего окружения, осуществляемой в форме социальной изоляции. Такие стигматизированные семьи ориентируются в первую очередь на лекарственную терапию и в этом отношении становятся ее «пассивными потребителями» (13).

Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей (23, 40, 41). Они приводят к серьезным последствиям: больные шизофренией не могут найти работу, нарастает их социальная изоляция, развивается негативное отношение к себе (самостигматизация), что повышает вероятность клинического рецидива (44). Переживание больным собственной несостоятельности по сравнению с окружающими создает у него чувство вины, стыда, что приводит к упрочению самостигматизации и дистанцированию от общества (22). Указанные чувства больной может переживать сам; кроме того, они могут быть приписаны ему окружающими или служить основой для формирования неадаптивных поведенческих стратегий.

Самостигматизация психически больных как феномен утраты идентификации, как реакция на стигматизацию обществом, а также результат применения к себе соответствующих стереотипов общественного сознания в настоящее время до конца не изучена (7, 23, 24, 27, 28, 58). Кроме того, недостаточно разработанными остаются вопросы взаимовлияния самостигматизации и клинических проявлений заболевания, в частности шизофрении (20).

Как стигматизация, так и самостигматизация конкретного больного рассматриваются в качестве единого процесса, формирующегося под воздействием клинических проявлений заболевания, личностной структуры и особенностей социального функционирования больного (6).

Наибольшую стигматизацию, имеющую многофакторную обусловленность, переживают лица с хроническими психическими заболеваниями, длительно находящиеся на стационарном лечении в условиях изоляционно-ограничительного режима. По существу, в этот период больные переживают кризис, сопряженный с увеличением социальной изоляции (47). В процессе длительного нахождения в психиатрических больницах у пациентов формируются явления госпитализма, которые выражаются в утрате навыков самостоятельного проживания и социального функционирования, профессиональной дезадаптаций, ослаблении родственных связей (15, 17, 34, 46, 51, 52, 67), что служит дополнительным препятствием к выписке таких пациентов из больницы. И в тоже время, для пациентов с утратой навыков повседневной жизни, проблемами в социальных взаимоотношениях, низким комплайенсом характерны частые повторные госпитализации (12,18,21).

Рядом авторов синдром госпитализма рассматривается как один из вариантов психического дефекта, в происхождении которого существенную роль играют неблагоприятные факторы длительной социальной изоляции, чрезмерной зависимости от персонала отделения с угнетением собственной активности и длительного приема нейролептических препаратов (2).

Существенное влияние на самоощущение больного шизофренией оказывают побочные эффекты медикаментов. Выраженные экстрапирамидные расстройства (акатизия,

мышечное напряжение, тремор конечностей, спазм отдельных групп мышц и др.), которые возникают вследствие действия типичных нейролептиков, мешают больным выполнять различные функции и принимать участие в трудовой деятельности, что приводит к стигматизации пациентов. Поэтому оптимизация стратегий лечения психических расстройств с применением современных психотропных препаратов, а также преодоление вредностей, связанных с психофармакотерапией – путь к реадaptации пациентов и преодолению их стигматизации (8).

В тоже время лечение атипичными антипсихотическими препаратами реже вызывает экстрапирамидные явления, к тому же служит личным защитным фактором против биологической уязвимости; таким образом, оно снижает показатели рецидивов, улучшает течение расстройств шизофренического круга. Такая терапия также повышает порог, при котором потенцирующие и стрессовые факторы провоцируют развитие психотической симптоматики у индивида с определенным уровнем уязвимости к приступам шизофрении (53, 64, 65). Однако регулирование биологической уязвимости с помощью нейролептиков не может полностью устранить подверженность уязвимого индивида развитию рецидива при воздействии серьезных стрессовых факторов, лишении социальной поддержки либо угасании навыков решения личных проблем. Так, даже при надежном усваивании нейролептиков более чем у 30–40 % больных шизофренией в течение года развиваются рецидивы (56).

В ряде исследований показано, что использование комплексного психосоциального лечения (тренинг социальных навыков, психообразование, индивидуальная и групповая психотерапия, трудовая терапия, арт-терапия, терапия средой, полипрофессиональное бригадное обслуживание) в сочетании с традиционным медикаментозным лечением дает положительный эффект у хронически психически больных и позволяет их деинституционализировать (12, 16, 19, 26, 34, 36, 38, 39, 42, 43, 54, 55, 57, 66).

Еще одним фактором, способствующим самостигматизации является ограничение функций, вызванное нарушениями в психической сфере, которое приводит к снижению способности выполнять определенные виды деятельности (инвалидизация). Снижение функциональных возможностей (инвалидность) определяется как неспособность или ограничение способности выполнять функции, ожидаемые в социальном окружении (45). Среди больных, страдающих шизофренией, снижение функциональных возможностей проявляется плохими навыками самообслуживания (например, приготовление пищи, уборка в квартире, уход за зубами), замкнутостью и стремлением к уединению, отказом выполнять семейные обязанности, а также непригодностью к труду. В DSM – III на первый план выступает значимость снижения этих функциональных возможностей, о чем свидетельствует его включение в качестве критерия диагностики шизофрении. Для постановки диагноза шизофрении недостаточно характерных симптомов расстройств мышления, бредовых идей и галлюцинаций. Кроме них, у человека должно наблюдаться явное «ухудшение по сравнению с прежним уровнем функционирования в таких сферах, как работа, социальные отношения, а также самообслуживание» (29, с. 189). Социальная и профессиональная несостоятельность формируют совокупность основных способов поведения, которые одновременно отражают течение, а также исход психического расстройства и влияют на них. Исходы хронических психических заболеваний более неблагоприятные, если у пациентов ослаблены социальные связи (34).

Соответствие между индивидом и его окружением существенно влияет на удовлетворение его потребностей и благополучие (30–32, 48). Плохое качество жизни возможно тогда, когда индивиды являются аутсайдерами в своем сообществе или, когда в окружающей их обстановке недостаточно возможностей для их личностного роста либо удовлетворения потребностей. Это обусловлено такими факторами, как безработица, жилье ниже качества, установленного стандартом, нищета, опасные условия, ограниченные возможности для получения образования. Но его можно также прогнозировать тогда, когда индивиды не способны жить, как того требует их окружение (33, 61, 63).

Неудовлетворение межличностных потребностей, также как и неудовлетворение биологических потребностей, нарушает оптимальный обмен между индивидом и социальной средой (5). С целью улучшения взаимодействия пациента со средой проводятся средовые вмешательства.

Средовые вмешательства – это обеспечение пациента поддерживающими лицами, поддерживающими условиями, либо тем и другим. Поддерживающий человек может уменьшить несостоятельность и психическое нарушение, выполняя несколько ролей (например, защитник, компаньон, консультант, советчик). Стремясь создать более поддерживающие условия, сосредотачиваются на имеющихся программах или ресурсах, а не только на под-

держивающих лицах (например, защищенные условия работы и жизни, специальные программы подготовки к выписке). Различия между поддерживающими лицами и поддерживающими условиями состоят только в том, что на первый план выдвигаются различные способы модификации окружающей обстановки. Практически эти модификации осуществляются одновременно (49).

Основной определяющей особенностью обоих типов поддерживающих вмешательств (отличающихся от вмешательств, нацеленных на развитие навыков) является то, что они не направлены на систематическое и непосредственное изменение поведения пациента. Их цель – поддержать и приспособить имеющийся уровень функционирования пациента. Исследования Cannady с соавт. (37) ясно продемонстрировали положительное влияние поддерживающего человека на исход заболевания у пациента.

Для предотвращения или уменьшения стигматизации необходимо задействовать ряд стратегий на различных направлениях. Вполне вероятно, что качественная помощь (адекватная, доступная и «видимая») послужит существенным фактором смягчения напряженного отношения общества к проблеме психических расстройств (59, 60, 68).

Не менее важно, чтобы эффективные программы, направленные на реабилитацию и восстановление социальной компетентности, были доступны для пациентов. Такие программы повысят их самосознание и уверенность в себе, помогая лучше справляться с конкретными социальными ролями. В свою очередь, это позволит снизить социальную дистанцию между клиентами и остальными гражданами, способствуя устранению стигматизации и самостигматизации (48–50, 54, 62, 69).

В Украине принято разделять службы, оказывающие медико-реабилитационную помощь пациентам по месту жительства, на сеть государственной поддержки (региональные отделения Фонда Украины социальной защиты инвалидов, региональные органы самоуправления, общемедицинские учреждения, кризисная психиатрическая служба, реабилитационные центры, психиатрические учреждения амбулаторного типа, МСЭК) и сеть общественной поддержки (благотворительные фонды, общественные организации пациентов, семейные группы поддержки, клубы пациентов). Критерием успешности поддержки пациента в сообществе является уровень его социальной интеграции, реальных полномочий и приспособления к требованиям реального окружения (1, 4).

В обществе все еще преобладает крайне низкий уровень знаний о шизофрении. Отчасти проблема может быть решена посредством просветительских компаний в средствах массовой информации (68). Однако простым предоставлением информации вряд ли удастся расширить социальное принятие клиентов. Ясно, что подобные кампании должны быть нацелены еще на изменение негативного отношения к психически больным. Очевидно, в данном случае более адекватен дифференциальный подход, когда каждая из выделенных целевых групп (общественных или официальных) получает собственное сообщение, непосредственно касающееся пациентов (44).

Таким образом, предвзятость и ограничения со стороны общества и субъективное переживание стигматизируемого индивида ограничивают социальное функционирование лиц с психическими расстройствами, требуют разработки эффективных программ по повышению толерантности общества к психически больным и интеграции их в социум (28).

Круг связанных со стигмой проблем, включает клинические, психологические и социальные аспекты и имеет конкретное практическое значение для проведения психотерапевтической работы, социальной реабилитации, организации деятельности лечебных учреждений (9).

Совместные усилия всех служб по оказанию специализированной психиатрической помощи и членов общественных организаций поддержки психически больных приведут к успешному разрешению вышеобозначенных проблем, способствуя улучшению социального функционирования и качества жизни этой группы лиц и уменьшению явлений их стигматизации и самостигматизации.

Литература

1. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. – Донецк. – 2000. – 129 с.
2. Абрамов В.А., Бабюк И.А., Бурцев А.К., Студзинский О.Г. Доказательная медицина – новый этап реформирования психиатрии в Украине // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 3–7.
3. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Путятин Г.Г. Эффекты стигматизации и ауто стигматизации больных на различных стадиях шизофрении // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 2 (55). – С. 27–31.

4. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В., Абрамов А.В., Путятин Г.Г. Основные сферы и критерии эффективности медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – № 1 (16). – С. 3–7.
5. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В., Нікіфоров Ю.В., Левчук І.М., Малтапар О.К. Реабілітаційна діагностична тактика в психіатричній практиці (методичні рекомендації). – К., 2009. – 26 с.
6. Антохин Е.Ю., Горбунова М.В., Крюкова Е.М., Соломатова Т.А. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Сер. 11, вып. 3. – С. 55–64.
7. Белинская Е.П., Тихомандридная О.А. Социальная психология личности. – М., 2000. – 324 с.
8. Влох І.Й., Кулик Б.В., Животовська Л.В., Коста І.В. Роль і місце психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні психічно хворих // Архів психіатрії. – 2002. – № 4 (31). – С. 7–9.
9. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении. Автореф. дисс... канд. мед наук – М., 2006–22 с.
10. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Приложение № 1. – С. 3–6.
11. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999). – М.: Медпрактика-М, 2000. – 156 с.
12. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальные характеристики и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). – Автореф. дисс... канд. мед наук. – М., 2005. – 24 с.
13. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А., Бурковский Г., Юрьев А. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психических больных. <http://www.autism.ru/read.asp?id=6&vol=0>.
14. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 1. – С. 9–12.
15. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). – Томск: Томский университет, 1983. – 136 с.
16. Ландышев М.А., Кольцов А.П. Опыт выполнения пилотной программы по общественной реабилитации в психиатрии // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – 2004. – С. 70–71.
17. Логвинович Г.В. Вторичные нарушения адаптации при шизофрении // VI Всероссийский съезд психиатров, Томск, 24–26 октября 1990 г. Тезисы докладов. – М., 1990. – Т. 2 – С. 75–77.
18. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 1, № 1. – С. 89–101.
19. Меркель В.А., Соловьева Н.В. Психосоциальная реабилитация хронически психически больных в условиях загородной психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 105–106.
20. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология // Научно-практический журнал «Психиатрия». – 2004. – № 2 (08). – С. 23–30.
21. Путятин Г.Г. Диагностические критерии и клиническая характеристика синдрома госпитализма у больных шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 3 (20). – С. 16–21.
22. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В., Михайлова И.И.; Науч. центр психического здоровья РАМН. – М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 18 с.
23. Серебряйская Л.Я. Социальные представления о психически больных в контексте стигматизации. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 3. – С. 47–54.
24. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям / Пер. И.Я. Сапожниковой. – М., 2001. – 215 с.
25. Хамитов Р.Р. Социальные характеристики и качество жизни психически больных, находящихся на принудительном лечении в условиях интенсивного наблюдения // Архів психіатрії. – 2002. – № 4 (31). – С. 33–35.
26. Шашкова Н.Г., Бабушкина Е.И. Перспективы реабилитации хроников из числа больных шизофренией с длительным нахождением в стационаре // XIV съезд психиатров России, 15–18 ноября 2005 г (материалы съезда). – М.: Медпрактика-М, 2005. – С. 90–91.
27. Ядов В.А. Психология самосознания. – Самара, 2000. – С. 589–601.
28. Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 11. – С. 50–54.
29. American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rded Washington, DC: The Association – 1980.
30. Anthony W.A. Principles of Psychiatric Rehabilitation. Baltimore: University Park Press. – 1979.
31. Anthony W.A., Cohen M. and Cohen B. The philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach // New Direction in Mental Health. – 1983. – Vol. 17. – P. 67–79.
32. Barrowclough C. & Tarrier N. Psychosocial interventions with families and their effects on the course of

- schizophrenia: A review//Psychological Medicine.– 1984.– Vol.14.– P.629–642.
33. Bigelow D.A., Brodsky G., Stewan L. & Olsen M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health. In Tash G.J.&Tash W.R. (Eds.)//Innovative approaches to mental health evaluation.– New York: Academic Press.– 1982.– P.345–366.
34. Brady J.P. Social skills training for psychiatric patients: II Clinical outcome studies//Am. J. Psychiatry.– 1981.– Vol.141, N6.– P. 491–498.
35. Brugha, T. S., Wing, J. K., Brewin, C. R., et al. The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders//Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.– 1993.– Vol. 28.– P. 218–224.
36. Campbell-Heider N., Pollock D. Barriers to physicians-nurse collegiality: an anthropological perspective//Soc. Sci. Med.– 1987.– Vol.25, N5.– P.421–423.
37. Cannady D. Chronics and cleaning ladies//Psychosocial Rehabilitation Journal.– 1982.– Vol.5.– P.13–16.
38. Carkhuff R.R. New directions in training for helping professionals: Towards a technology to human and community resource development//The Counseling Psychologist.– 1972.– Vol.3.– P.12–20.
39. Cohen C., Sokolovsky J. Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city//Schizophr. Bull.– 1978.– Vol.4.– P.546–560.
40. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Melzer H.I., Rowlands O.J. Stigmatisation of people with mental illnesses//British Journal of Psychiatry.– 2000.– Vol.177.– P.4–7.
41. Day R. Life events and schizophrenia: the “triggering” hypothesis//Acta Psychiatr. Scand.– 1981.– Vol.64.– P.97–122.
42. Fallon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. Family care of schizophrenia.– New York: Guilford Press, 1984.
43. Falloon I.R.H., McGill C.W., Boyd J.L. & Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: II – Social outcome of a two-year longitudinal study//Psychological Medicine.– 1987.– Vol.17.– P.59–66.
44. Farina A. Stigma in: Mueser K.T.&Tarrier N. (eds). Handbook of social functioning in schizophrenia. Boston: Allyn&Bacon, Inc.– 1997.– P.247–279.
45. Frey W.D. Functional assessment in the 80’s: A conceptual enigma, a technical challenge. In: Halpern A. and Fuhrer M., eds. Functional Assessment in Rehabilitation. New York: Brooke Publishing Co.– 1984.– P.11–43.
46. Gruenberg E.M. The social breakdown syndrome: some origins//Am.J. Psychiatry.– Vol.123, N2.– P.1481–1489.
47. Holmes P., River L.P. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness//Cognitive and Behavioral Practice.– 1998.– Vol.5.– P.231–239.
48. Hoof F. van, Weeghel J. van, Kroon H. Building community support systems: priorities of consumers, mental health professionals and community providers//International Journal of Social Psychiatry.– 2000.– Vol.46.– P. 208–219.
49. Jaarvan Weeghel Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях./Пер. с англ. под общей ред. А.И. Абессоновой.– К.: Сфера.– 2002.– 600 с.
50. Kommana S., Mansfield M., Penn D.L. Dispelling the stigma of schizophrenia//Psychiatric Services.– 1997.– Vol.48, N11.– P.1393–1395.
51. Kuipers L. &Bebbington R. Relatives as a resource in the management of functional psychosis//British Journal of Psychiatry.– 1985.– Vol.147.– P.465–470.
52. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. & Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two-year follow-up//British Journal of Psychiatry.– 1985.– Vol.146.– P.594–600.
53. Leff J.P., Hirsch S.R., Gaiend R., Rhode P.D. and Stevens B.C. Life events and maintenance therapy in schizophrenic relapse//British Journal of Psychiatry.– 1973.– Vol.123.– P.659–668.
54. Lehman A.F. Public health policy, community services, and outcomes for patients with schizophrenia//The psychiatric clinics of North America.– 1998.– Vol.21.– P.221–231.
55. Liberman R.P. and Evans C.C. Behavioral rehabilitation for chronic mental patients//Journal of Clinical Psychopharmacology.– 1985.– Vol.5.– P. 8–14.
56. Liberman R.P. Psychosocial therapies for schizophrenia. In: Kaplan H.I. and Sadock B.J., eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.– 1984.– P. 724–734.
57. Liberman R.P., Massel H.K., Mosk M.D., Wong S.E. Social skill training for chronic mental patients//Hosp. Commun. Psychiatry.– 1985.– Vol.36, N4.– P.396–402.
58. Link B.G., Phelan J.C. Теория «ярлыков» применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления «ярлыка»//Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях.– Киев, 2002.– с. 427–437.
59. Livneh H. Psychiatric rehabilitation: A dialogue with Bill Anthony//Journal of Counseling and Development.– 1984.– Vol.63.– P.86–90.
60. Maher L., Gunderson J. Group, family, milieu, and community support systems treatment for schizophrenia, in Disorders of the Schizophrenic Syndrome./Edited by Bellak L. New York, Basic Books.– 1979.
61. Oliver J., Huxley P., Bridges K.&Mohamad H. Quality of life and mental health services. London: Routledge.– 1996.

62. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it?//Lancet.– 1998.– № 352.– P. 1058–1059.
63. Strauss J., Hafez H., Lieberman P. & Harding C. The course of psychiatric disorder.III: Longitudinal principles//American Journal of Psychiatry.– 1985.– Vol.142, N3.– P.289–296.
64. Vaughn C.E. and Leff J.P. The Measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients//British Journal of Social and Clinical Psychology.– 1976.– Vol.15.– P. 157–165.
65. Vaughn C.E., Leff J.P. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness// British Journal of Psychiatry.– 1976a.– Vol.129.– P.125–137.
66. Wallace C.S., Nelson C.J., Liberman R.P. A review and critique of social skills training with schizophrenic patients//Schizophr.Bull.– 1980.– Vol.6.– P 42–63.
67. Wing J.K., Brown G.W. Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960–1968.– Cambridge,1970.
68. Wolff G., Pathare S., Craig T. and Leff J. Public education for community care, a new approach//British Journal of Psychiatry.– 1996.– Vol.168.– P.441–447.
69. World Health Organization. Psychosocial rehabilitation. A consensus statement. Geneva: WHO/MHN/MND/96, 2.– 1996.

САМОСТИГМАТИЗАЦІЯ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ТА ПІДХОДИ ДО ЇХ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ломтева В. О.

Резюме. В останні десятиріччя в Україні та за кордоном все більше уваги приділяється соціальному функціонуванню та якості життя хворих на шизофренію. Незважаючи на велику кількість досліджень в галузі психосоціальної реабілітації залишається актуальним вивчення самостигматизації як фактора, що впливає на якість життя хворих на шизофренію та їх соціальне функціонування. В статті розглядаються показники, що формують самостигматизацію та шляхи її усунення.

Ключові слова: якість життя, реабілітація, самостигматизація.

AUTOSTIGMATIZATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND APPROACHES TO PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

Lomteva V. A.

Summary. In the recent times in Ukraine and abroad there is more and more researches give attention to social functioning and quality of life patients with schizophrenia. Despite the great quantity researches in the area of psychosocial rehabilitation it is still actually the problem of autostigmatization which influences on quality of life patients with schizophrenia and social functioning. The factors which form autostigmatization are considered in this article and the ways of its overcoming.

Key words: quality of life, rehabilitation, autostigmatization.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙ ТА АУТОАГРЕСІЇ*С. Г. Поликова*

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

...«Можно сильно, живо и пламенно чувствовать и вместе с тем не уметь выражать своих чувств»...

В. Белинский

У західній, а тепер і в нашій культурі не прийнято відкрито виражати свої негативні емоції. Частіше за все, коли всередині киплять гнів та образа, людина стримує свої почуття, натягаючи на обличчя маску, що «годиться до цього випадку». Зазвичай у сучасної людини непоганий арсенал масок – напівпосмішки, усмішки, напускний спокій тощо. Все це відображається на обличчі, а всередині кипить справжня буря. Але негативні емоції не зникають безслідно – вони просто ховаються до підсвідомості й там продовжують свою руйнівну роботу.

Розвиток знання щодо впливу емоцій на органічні процеси в тих органах, які не управляються свідомо, припадає на той період, коли американський фізіолог Уолтер Кеннон (1871–1945) запропонував нову ідею, яка народилася з його оригінальних досліджень фізіологічного ефекту гніву і страху, що було покладено в основу вчення про психосоматику. Кеннон показав, що організм відповідає на надзвичайні ситуації певними адаптаційними змінами і продемонстрував, що емоційні стани активізують фізіологічні функції, покликані підготувати організм до тієї ситуації, про яку сигналізують емоції.

Страх і гнів стимулюють кору надниркових залоз, внаслідок чого адреналін активізує вуглеводний обмін таким чином, що починає посилено виділятися цукор для підтримки енергії. Кров'яний тиск і циркуляція крові змінюються так, щоб кров рясніше надходила до тих органів, які можливо очікує «боротьба». Одночасно асиміляційні і резервні функції, такі, як травлення або засвоєння, пригнічуються: організм, який повинен напружити всі свої сили, щоб впоратися з надзвичайною ситуацією, що включає страх чи гнів, не може собі дозволити розкіш перетравлювати або засвоювати їжу.

В той час для отримання більш повної картини психологічного впливу на процеси, що протікають в організмі, було створено лабораторію, в якій моделювали різні типи емоційних стресів, з тим щоб спостерігати безпосередньо їх фізіологічні наслідки. Деякі з дослідників використовували методику так званих стрес-інтерв'ю, під час яких вони обговорювали з суб'єктами важкі епізоди їх життя і одночасно фіксували зміни в циркуляції крові, диханні, назальних функціях, шлункової секреції, ендокринних реакціях. Інші використовували реальні стресові ситуації і вивчали фізіологічні реакції таких суб'єктів, як студенти перед іспитами чи парашутисти під час тренувань.

Одне з вражаючих досліджень з психосоматики було проведено вченими Томасом Холмсом, Хелен Гуделл, Стюартом Вольфом і Харольдом Вольфом. Вони вивчали реакції на загрозу і конфлікт. Автори встановили на базі клінічних і експериментальних спостережень, що приниження, фрустрація, неприязнь можуть викликати назальні реакції у вигляді почервоніння слизової оболонки носу, помітної припухлості носових проходів, рясних виділень і закупорки. Ці реакції подібні до тих, які відзначаються, коли людина піддається дії місцевих подразників, шкідливих для носа, або коли існує загроза цілісності всього організму. Вони зробили висновок, що ці місцеві назальні реакції це суть спроби організму відгородитися від несприятливого оточення.

Серед робіт стосовно фізіологічних наслідків емоційних стресів дуже важливі дослідження Д. Х. Функенштейна і його співробітників. У своїй лабораторії вони моделювали ситуації емоційних стресів у різних суб'єктів і їм вдалося визначити відмінність у фізіологічних реакціях на страх чи гнів. У той час як Кеннон вважав загальні реакції на страх чи гнів однаковими, Функенштейн зміг встановити відмінність в реакціях на ці емоції. Ці дослідження підтвердили точку зору фон Ейлера і ряду інших вчених, що гнів посилює виділення норадреналіну. Загальновідомий погляд на те, що ендокринні секреції залежать від емоційного стресу, нині збагатився більш точним знанням специфічної природи цих психоендокринних процесів.

З початку 30-х років Жюль Массерман і його співробітники в Північно-Західному

університеті проводили дослідження з метою відпрацювання методів вивчення принципів психотерапевтичного втручання на тваринах. Тварини піддавалися експериментальним процедурам, що створювали для них конфлікти і, як результат, неврози. Наприклад, тварини опинялися в ситуації, коли вони повинні були обрати одну з двох взаємовиключних моделей поведінки, щоб вижити. Мавпу привчили за сигналом входити в клітку з їжею, а потім у клітку поклали іграшкову змію. Мавпи відчують інстинктивний страх перед зміями; таким чином, перед мавпою вставала дилема, як уникнути смертельного ворога і не померти від голоду. Массерман та колеги знайшли прийоми поведінки, лікувальні для тварин з експериментальними неврозами. Ці методи майже ті самі, що використовують психіатри при лікуванні людей в стані стресу.

Вплив стресу на розвиток захворювання враховано і в діагностичних критеріях DSM-IV, які базуються на феноменологічному підході, і при формулюванні повного діагнозу враховують наявність чи відсутність:

- психічного захворювання (вісь I);
- фонові психопатії (вісь II);
- соматичного захворювання (III);
- посилюючі психосоціальні фактори (вісь IV);
- загальний рівень адаптації (вісь V).

Тобто четверта вісь включає перенесені психосоціальні стреси (наприклад, розлучення, травма, смерть когось з близьких), що мають відношення до захворювання, і оцінюються від 1 (відсутність стресу) до 6 (катастрофічний стрес) балів.

Матеріал та методи дослідження. В нашій роботі ми проводили цілеспрямоване вивчення можливого впливу психологічних факторів на загальний стан здоров'я, а також на виникнення аутоагресивної поведінки, як варіанта психосоматичної патології серед осіб небезпечних видів професій.

На рис. 1 ми відобразили соціогенез, психогенез та патогенез таких психосоматичних захворювань, як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба, бронхіальна астма та цукровий діабет. Аутоагресивна поведінка проходить ті ж самі етапи розвитку, які проходять і загальноприйняті психосоматичні захворювання. Тому, при обстеженні працівників небезпечних видів професій ми відстежували усі можливі фактори ризику аутоагресивної поведінки, як психосоматичного захворювання з урахуванням вищезазначених етапів розвитку психосоматичних захворювань.

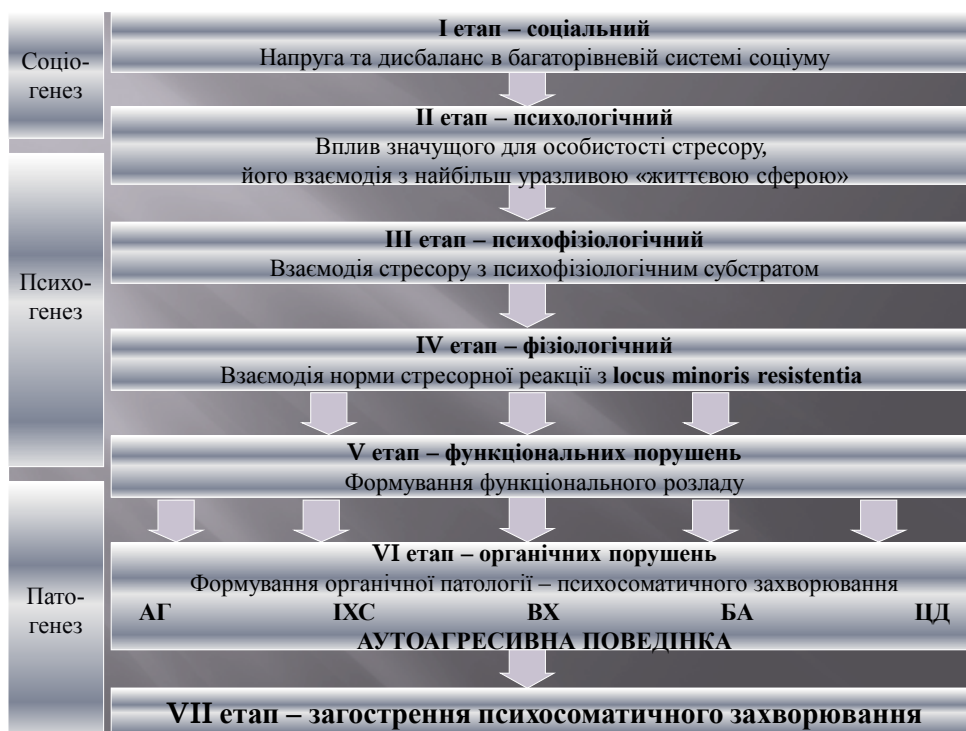


Рис. 1 Етапи розвитку психосоматичного захворювання.

Дослідження працівників небезпечних видів професій, а саме, гірників, що постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах, проводилося на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань, та машиністів і помічників машиністів на базі Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ.

Для більш детального обстеження і врахування більшості факторів ми використали «карту обстеження пацієнта із високим ризиком аутоагресивної поведінки», що була розроблена нами.

Додатком до карти була низка психодіагностичних методик, Торонтська алекситимічна шкала (ТАШ) для визначення рівня алекситимії, опитувальник Баса-Дарки для вивчення типів агресії, скринінгова шкала депресії Бека, проєктивний тест для визначення топографії психосоматичної патології – «малюнок людини», тест Люшера, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник Шмішека.

Статистична обробка проводилася за допомогою програмного забезпечення «Statistica 8.0» та включала використання параметричних та непараметричних критеріїв достовірності отриманих даних, кореляційний аналіз. Розраховували також коефіцієнт детермінації («квадрат коефіцієнта кореляції»), що показував в якій мірі мінливість однієї перемінної обумовлена впливом іншої.

Результати власних досліджень. Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі. Середній вік 37, $3 \pm 1,7$, тобто працездатного віку. Нами було досліджено 534 працівника небезпечних видів професій – гірники вугільних шахт та машиністи і помічники машиністів метрополітену та залізничники, з них 354 обстежених було відібрано в наше дослідження, за критеріями включення. З них 278 гірників та 76 машиністів та помічників машиністів. Гірники, машиністи та помічники машиністів, що увійшли в дослідження не відмічали наявності суїцидальних думок, або суїцидальних спроб в анамнезі.

Таким чином, для більш детального обстеження та врахування усіх можливих стресорів, які могли вплинути на загальний стан здоров'я обстежених (осіб небезпечних видів професій) ми розробили такі 2 розділи карти, як «Опис проблем, що існують» та «Модальний аналіз проблем, що існують». Тобто ми запропонували обстеженим відмітити в переліку проблем ті, що були у них в житті, один обстежений міг обрати декілька відповідей.

Частота проблем, що зустрічалися у обстежених представлено на рис. 2.

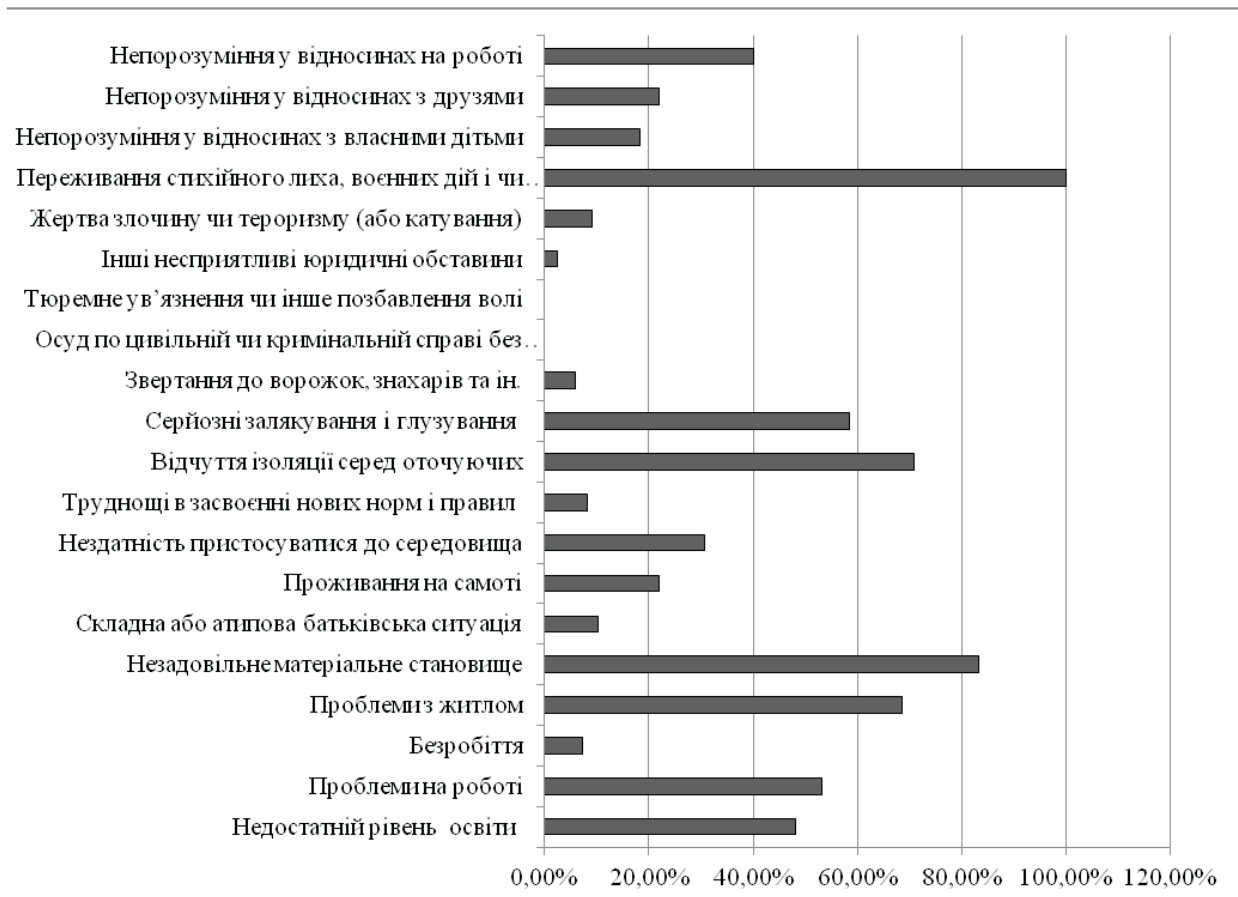


Рис. 2 Частота проблем, що зустрічалися у обстежених.

Ми побачили, що 100% обстежених виділяє таку проблему, як «переживання стихійного лиха», тобто майже кожен з них потрапляв у ситуацію, яка складала загрозу для життя, а деякі з них два чи більше разів були в таких ситуаціях. При цьому гірники потрапляли в аварії на вугільних шахтах, які виникали нібито самі по собі, незалежно від дій гірників чи когось іншого, а машиністи – в аварії, в яких частіше за все були винні інші особи (люди, які потрапляли під потяг).

На другому місці виділено дві побутових проблеми. Перша – це «незадовільне матеріальне становище», при чому серед коментарів зустрічалися такі: «зарплата мене не задовольняє, але що я можу зробити?», «в нас немає інших варіантів роботи, зараз багато людей звільняють і я маю триматися за ту роботу, яка є». Тобто незадоволення матеріальним становищем підкріплювалося пасивним відношенням до цього.

Таким чином ми бачимо ослаблення власного спонукального базального стимулу в житті і підпорядкування обставинам, перебігу життя, що є ознаками дрейфу особистості.

Друга – «проблеми з житлом», яка також супроводжувалася пасивністю з боку обстежених і невірою в те, що щось можна змінити. На третьому місці обстежені виділяли емоційні проблеми, як то «відчуття ізоляції серед оточуючих», «серйозні глузування».

У 1943 р. психолог Абрахам Маслоу висловив припущення, що людська поведінка визначається широким спектром потреб. Якщо проаналізувати ці проблеми і провести аналогію із пірамідою потреб А. Маслоу (рис. 3), то ми можемо побачити, що проблеми, які обстежені виділяли частіше за все пов'язані із екзистенційними категоріями потреб – потреба в безпеці (аварії це ситуації небезпеки) та опосередковано із фізіологічними потребами – голод, спрага (незадовільне матеріальне становище, незадоволення житловими умовами). Коли потреби найнижчого рівня задоволені хоча б частково, людина починає рухатися до задоволення потреб іншого і не обов'язково наступного рівня ієрархії. Таким чином, можна припустити, що висловлені проблеми пацієнтів – це незадоволені потреби, і їх пасивність в спробах задовольнити базові потреби не дає їм можливості «йти далі», а тільки посилює дрейф особистості.

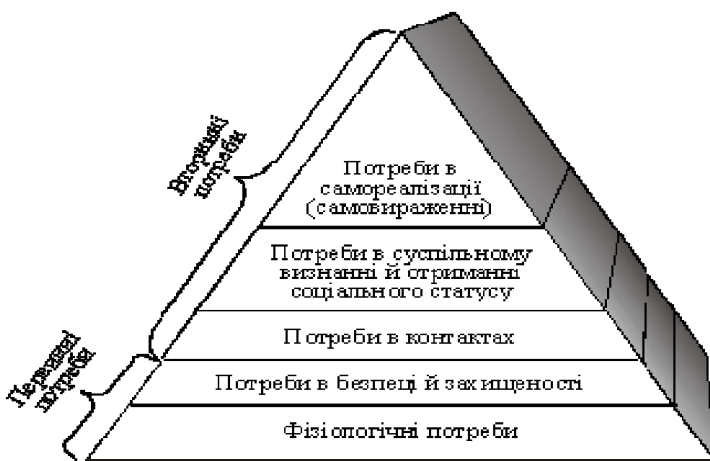


Рис. 3 Піраміда потреб А. Маслоу

ти базові потреби не дає їм можливості «йти далі», а тільки посилює дрейф особистості.

Ми також запропонували обстеженим оцінити інтенсивність впливу проблем та ступінь дискомфорту, який вони доставляють (рис. 4).

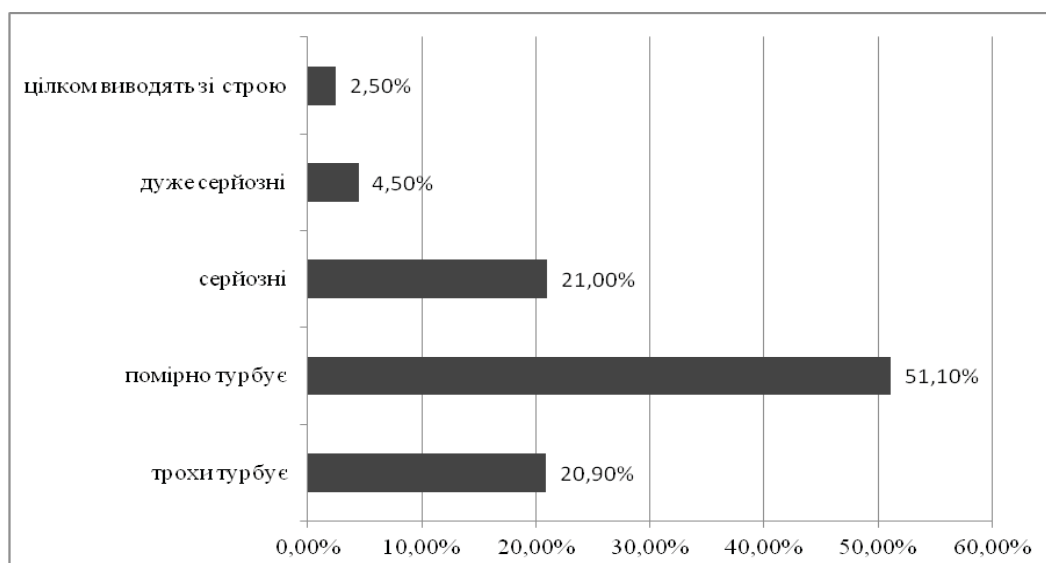


Рис. 4 Розподіл обстежених за інтенсивністю проблем.

З цього розподілу ми бачимо, що половина обстежених оцінює дискомфорт від існуючих проблем як помірний, а 20 % – як серйозні. Тобто це створює пацієнтам дистрес і в них виникають в зв'язку з цим негативні емоції.

Людина має відреагувати на екстремальні події чи на негативні емоції, в іншому випадку ці негативні емоції стають причиною аутоагресії. Тобто аутоагресія виступає в ролі своєрідного захисного механізму, коли людина не може висловити агресію напругу «джерелу» своїх негативних емоцій, а внаслідок постійної дії негативних емоцій і неможливості їх висловити відбувається зміна особистості – «аутоагресивний дрейф особистості». В даному випадку мова йде про психосоматичний феномен аутоагресії, тобто про підсвідомі механізми реалізації негативних емоцій.

Якщо казати про психосоматична структура особистості, то вона у великій мірі визначається поняттям «алекситимії». В нашому дослідженні рівень алекситимії у обстежених вимірювався за допомогою Торонтської алекситимічної шкали, і ми виявили наступні дані (рис. 5).

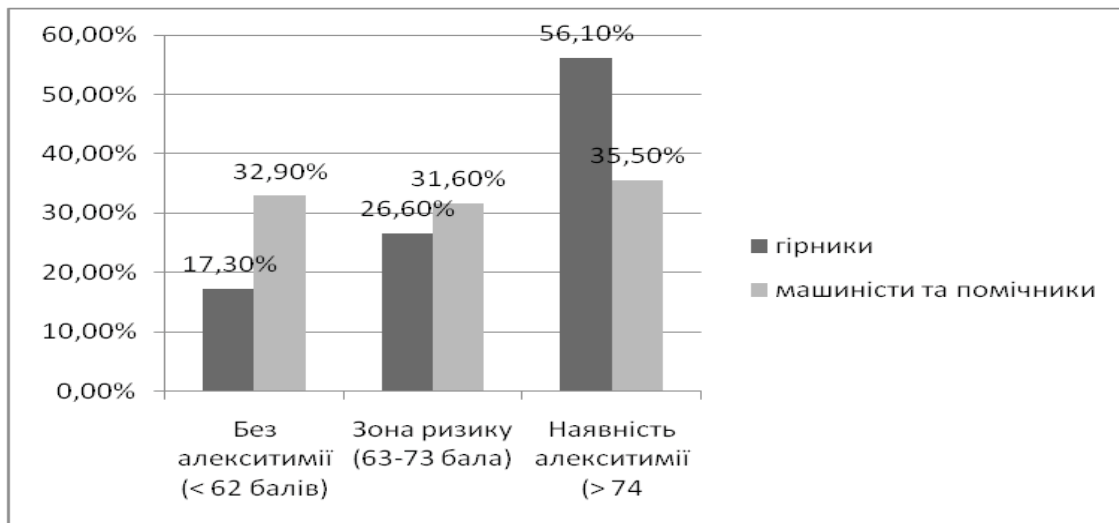


Рис. 5 Розподіл обстежених за рівнем алекситимії.

За результатами цього дослідження ми виявили, що при порівнянні двох груп небезпечних видів професій – гірників та машиністів і їх помічників, рівень алекситимії був вищим серед гірників, коли в групі машиністів і їх помічників більшість склали особи без алекситимії. Дослідження алекситимії є важливим для осіб небезпечних видів професій саме тому, що алекситиміки, находячись під сильним впливом емоцій, особливо в критичних ситуаціях, діють імпульсивно, не в змозі оцінити та відстежити свої емоції розумом, втрачаючи здібність до аналізу та критики.

Знання про взаємодію між емоційними факторами і основними органічними функціями організму ще в зародковому стані, але його потенційна цінність величезна, оскільки емоційні чинники задіяні в будь-якому захворюванні. Точне знання про психосоматичні взаємини буде означати, що поряд із загальним терапевтичним лікуванням пацієнта вдається здійснювати й більш пряму та активну психотерапевтичну допомогу, правильно скоординовану з основним лікуванням.

В лікуванні психосоматичних хвороб лише медикаментозне лікування рідко може принести перманентне полегшення. Якщо емоційний стрес від невирішених конфліктів залишається, пацієнт неминуче отримає рецидив. Хронічні емоційні подразники, що виникають в результаті цих конфліктів, повинні бути виключені або щонайменше знижені, щоб добитися стійкого вилікування.

В цілому обстеження за допомогою розробленої нами карти дозволило більш детально вивчити медико-психологічний стан обстежуваного, скласти індивідуальну програму медико-психологічної реабілітації, а також, з урахуванням особливостей кожного обстеженого дала можливість об'єднання їх в однорідні за проблематикою групи для проведення групової терапії з реабілітаційною метою.

Основними принципами при психотерапевтичній роботі з особами небезпечних видів професій були такі:

1. Задоволення чи зниження однієї з конфліктних біологічних потреб.

2. Переведення в менш стресове середовище.
3. Спроба вирішити ситуацію тим, щоб утримувати головну причину стресу в межах; наприклад, щоб допомогти тому, хто боїться знову йти працювати після перенесеної аварії в забій, треба поступово, повільно повертати його до раніше виконуваної роботи, поки він не звикне і не досягне потрібного рівню.
4. Використання соціальних взаємин з метою допомогти організму навчитися більш правильної поведінки. Наприклад, постраждалі гірники чи машиністи можуть спілкуватися з такими ж, хто вже пережив аварію на виробництві і зміг знову приступити до роботи.
5. Використання впливу «позитивного перенесення», щоб допомогти невротичному організму перевчитися на більш здорові способи адаптації.
6. Пропозиція можливості використовувати набуті навички у розв'язанні колишньої «конфліктної» ситуації (мається на увазі невротичний конфлікт). Це спонукання гірника, що побував в аварії до нових спусків в забій.

Висновки. Таким чином, в результаті нашого дослідження ми бачимо, що емоції грають дуже важливу роль у патогенезі багатьох захворювань, а також сприяють зміні особистості у напрямку психосоматичної особистості із виникненням аутоагресивних патернів поведінки. Так, за допомогою розробленої нами карти ми змогли виявити проблеми, що існують у обстежених, оцінити рівень дискомфорту, що спричиняють ці проблеми. Наявність алекситимії посилює аутоагресивний дрейф особистості.

Також, використання карти обстеження дозволяє більш детально виявити існуючі проблеми, для подальшого використання цієї інформації в психотерапевтичній роботі із пацієнтами.

УДК 616.716-006.04+616.89+616-071

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

В. А. Рослякова

Стоматологическая клиника г. Харьков

Ключевые слова: дезадаптация, дефект челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования

Актуальность исследования. Проблема онкологии признана в мире специалистами ВОЗ одной из приоритетных направлений медицины. Только в Украине фиксируется около 150 тыс. впервые выявленных случаев онкологической патологии (из них 9,8% приходится на новообразования челюстно-лицевой области) [1, 2]. За последние десятилетия получены данные о наибольшей распространенности у больных с онкологической патологией т.н. дезадаптивных или реактивных состояний в ответ на серьезное заболевание по типу нозогений [4]. Эти реакции, обусловлены психотравмирующим воздействием основного соматического заболевания, проявляются трудноразрешимыми психологическими проблемами и психическими нарушениями [5].

Цель работы. Изучить клинико-психологические (психоэмоциональные), индивидуально-психологические, психосоциальные и социальные особенности дезадаптации у больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования.

Материал и методы исследования. С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Харьковской стоматологической клиники на протяжении 2009–2012 года проведено комплексное обследование 227 больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования с признаками дезадаптации. Критериями включения в группу исследования были: оперативное вмешательство с формированием дефекта челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования, трудоспособный возраст. Критерии исключения: наличие психических расстройств в анамнезе, incurability состояния.

В работе использованы клинико-психологический, психодиагностический, социально-демографический и статистический методы исследования.

Результаты исследования. В ходе исследования особенностей психоэмоционального состояния больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования получены следующие результаты: по шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера-Ю.А. Ханина у большинства 107 (47,1±5,0%) пациентов регистрировался высокий уровень как реактивной, так и личностной тревожности (средний балл составил 52,8±0,7 и 49,9±1,3, соответственно), у 52 (29,9±4,2%) – высокий уровень РТ и средний ЛТ (средний балл был равен 47,8±1,1 и 43,1±1,3, соответственно), у 31 (13,7±3,4%) – средний уровень по обоим показателям (средний балл составил 43,8±0,9 и 41,1±1,2 соответственно), у 27 (11,9±3,2%) – средний уровень РТ и низкий ЛТ (средний балл был равен 34,3±1,1 и 28,4±1,1, соответственно), у 10 (4,4±2,1%) – низкий уровень по обоим показателям (средний балл составил 28,8±0,9 и 27,2±1,9, соответственно).

По методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Д. Зунге у 136 (59,9±4,9%) исследованных выявлено истинное депрессивное расстройство (средний балл был равен 79,1±1,1), у 54 (23,8±4,3%) – субдепрессивная (маскированная) депрессия (средний балл соответствовал 65,6±1,3), у 37 (16,3±3,7%) – легкое депрессивное состояние ситуационного или невротического генеза (средний балл был равен 55,8±1,2).

По шкале оценки тревоги Гамильтона (НАМ-А) у большинства 170 (74,9±4,3%) пациентов установлена умеренная степень выраженности тревоги (средний балл соответствовал 49,9±1,2), у 37 (16,3±3,7%) – легкая (средний балл соответствовал 28,6±1,1), у 20 (8,8±2,8%) – тяжелая степень выраженности тревоги (средний балл соответствовал 54,1±1,4).

Преобладали следующие симптомы тревоги: тревожное, депрессивное настроение, чувство беспокойства, гастроинтестинальные, вегетативные нарушения наблюдались у 227 (100,0%), сердечнососудистые симптомы – у 201 (88,6±3,2%), инсомния – у 199 (87,7±3,3%), респираторные симптомы – у 197 (86,8±3,4%), интеллектуальные нарушения – у 175 (77,1±4,2%) исследованных.

По шкале выраженности депрессии Гамильтона (НАМ-D) у большинства 178 (78,4±4,1%) исследованных диагностирован умеренный депрессивный эпизод (средний балл был равен 25,7±1,7), у 37 (16,3±3,7%) – легкий (средний балл соответствовал 14,5±1,3), у 12 (5,3±2,2%) пациентов – тяжелый депрессивный эпизод (средний балл был равен 32,2±1,4). Наиболее распространенными проявлениями депрессивных расстройств являлись печаль, тревога, неудовлетворенность собой, суточные колебания настроения, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – у 227 (100%) исследованных; стыд – у 224 (98,7±1,1%), горечь – у 223 (98,2±1,3%) уныние – у 219 (96,5±1,8%), постоянное ощущение усталости – у 213 (93,8±2,4%), ангедония – у 198 (87,2±3,3%), нарушения сердечнососудистой системы – у 201 (88,6±3,2%) и тоска у 178 (78,4±4,1%) обследованных.

В ходе исследования степени выраженности астении у обследованных с использованием шкалы астенического состояния (ШАС) установлено, что астения являлась неотъемлемым компонентом психоэмоциональных нарушений у всех 227 (100,0%) пациентов: у большинства 129 (56,8±4,9%) обследованных регистрировалась умеренная астения, у 66 (29,1±4,5%) – выраженная, у 32 (14,1±3,5%) – слабая астения.

Объективные данные о личностных особенностях обследованных изучались с помощью стандартизированного опросника Мини-мульт. Усредненный профиль исследованных в целом характеризовался повышением по шкалам депрессии (77,3±1,3 Т), ипохондрии (75,5±1,4 Т), истерии (74,4±1,2 Т), психастении (73,5±1,5 Т), социальной интроверсии (72,6±1,1 Т), паранойальности (71,8±1,3 Т) и снижением по шкалам гипомании (44,6±1,3 Т),

коррекции ($43,4 \pm 1,8$ Т). Обследованным были присущи такие психологические особенности, как пессимистичность, замкнутость, неуверенность, внутренняя напряженность, диффузные опасения и тревожные ожидания за состояние своего здоровья, раздражительность, страхи, депрессивные тенденции в сочетании с аффективной ригидностью, затруднения в социальных контактах.

Анализ оценки личностного реагирования на болезнь с использованием методики ТОБОЛ выявил, что у больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования наиболее часто диагностировались дезадаптивные типы с интропсихической направленностью ($184 (81,1 \pm 3,9\%)$: у $97 (42,7 \pm 4,9\%)$ – смешанный тревожно-меланхолически-невротический, у $73 (32,2 \pm 4,7\%)$ – тревожно-ипохондрический, у $14 (6,2 \pm 2,4\%)$ – апатический). Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с этими типами реагирования клинически выражался в реакциях по типу раздражительной слабости, в подавленном, угнетенном состоянии с «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляций» перед заболеванием.

У $41 (18,1 \pm 3,9\%)$ регистрировались типы отношения к болезни с интерпсихической направленностью: у $27 (11,9 \pm 3,2\%)$ – сенситивный, у $11 (4,9 \pm 2,2\%)$ – дисфорический, у $3 (1,3 \pm 1,1\%)$ – смешанный дисфорически-параноидный. Эти типы отражали сенсibilизированное отношение к болезни, которое, в наибольшей степени было связано с преморбидными особенностями личности больных. Люди с указанными типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях также характеризуются дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению их социального функционирования; они либо стеснялись своего заболевания, либо «использовали» его в своих целях, строя концепции паранойально-го характера относительно своего здоровья, проявляли гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге. У $2 (0,8 \pm 0,9\%)$ – эргопатически-анозогнозический (данный тип характеризовался меньшей выраженностью социальной дезадаптации).

В ходе изучения субъективного восприятия социальной поддержки исследованными с помощью многомерной шкалы MSPSS.Д. Зимет получены следующие результаты: наиболее высокий субъективный уровень поддержки регистрировался со стороны «семьи» у $129 (56,8 \pm 4,9)$ (средний балл составил $3,7 \pm 0,2$), у $56 (24,7 \pm 4,3)$ – средний балл был равен $3,4 \pm 0,2$ и у $42 (18,5 \pm 3,9)$ средний балл составил $2,8 \pm 0,1$. Суммарный балл – $3,7 \pm 0,1$. Со стороны «друзей» у $96 (42,3 \pm 4,9)$ отмечался наиболее низкий субъективный уровень поддержки (средний балл был равен $1,6 \pm 0,1$), у $24 (10,6 \pm 3,1)$ – наиболее высокий (средний балл составил $2,9 \pm 0,3$), у $61 (26,9 \pm 4,4)$ средний балл был равен $2,4 \pm 0,2$ и у $46 (20,3 \pm 4,0)$ средний балл составил $2,7 \pm 0,1$. Усредненный балл – $1,9 \pm 0,1$. Со стороны «значимых других» у $101 (44,5 \pm 4,9)$ отмечался наиболее высокий субъективный уровень поддержки (средний балл был равен $2,8 \pm 0,1$), у $32 (14,1 \pm 3,5)$ – наиболее низкий (средний балл составил $1,7 \pm 0,2$), у $66 (29,1 \pm 4,5)$ средний балл был равен $2,5 \pm 0,2$ и у $28 (12,3 \pm 3,3)$ средний балл составил $2,3 \pm 0,1$. Суммарный балл – $2,3 \pm 0,2$.

Анализ частоты использования и выраженности копинг-стратегий по методике «Копинг-поведение» в стрессовых ситуациях показал преобладание копинга, ориентированного на эмоции – $181 (79,7 \pm 4,0\%)$ человек, у $44 (19,4 \pm 3,9\%)$ фиксировался копинг, ориентированный на избегание и лишь у $28 (12,3 \pm 3,3\%)$ – копинг, ориентированный на решение проблемы.

В ходе исследования внутренних субъективных ощущений и переживаний обследованных установлена типология и удельный вес аутостигматизирующих переживаний у данного контингента: у большинства больных к наиболее часто встречающимся переживаниям можно отнести: низкую самооценку – $227 (100,0\%)$, «не такой, как все» – $213 (93,8 \pm 2,4\%)$, ощущение безнадёжности – $197 (86,8 \pm 3,4\%)$, переживание утраты социального статуса и положения в обществе – $192 (84,6 \pm 3,6\%)$, ощущение невосполнимого снижения жизнедеятельности – $184 (81,1 \pm 3,9\%)$ лиц.

Дисфункция социальных ролей исследована с помощью психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности – DAS (второй раздел). Результаты исследования позволили определить структуру и средний балл дисфункции социальных ролей (табл. 1).

Из данных табл. 1 видно, что средний балл дисфункции социальных ролей у исследованных составил $3,3 \pm 0,2$ балла, что соответствовало серьезной дисфункции. Снижение общего уровня СФ проявлялось в первую очередь дисфункцией социальных контактов, половой и брачной роли (средний балл составил $4,7 \pm 0,3$, $4,6 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,2$ соответственно, что указывало на максимальный уровень), выполнения трудовых обязанностей (средний балл был равен $3,8 \pm 0,1$, что соответствовало очень серьезному уровню).

Изучение психологических (субъективных) аспектов СФ исследованных проводили с использованием опросника SF-36 (табл. 2).

**Средний индекс дисфункции выполнения социальных ролей
у исследованных на первом этапе исследования**

№ п/п	Социальная роль	Средний балл
1	участие в семейных делах	3,0±0,1
2	роль в супружеской жизни: эмоциональное отношение к супругу/супруге	3,2±0,3
3	брачная роль: половые отношения с супругом/супругой	4,5±0,2*
4	родительская роль	2,6±0,4
5	половая роль: оценивается для неженатых и тех, кто не живет с супругом/супругой	4,6±0,2**
6	социальные контакты – отношения вне семьи	4,7±0,3***
7	выполнение трудовых обязанностей	3,8±0,1
8	заинтересованность в получении работы или возвращении к учебе	3,1±0,3
9	увлечения и информированность	2,3±0,1
10	поведение в нестандартных, трудных ситуаций	0,8±0,1
11	итоговый средний балл дисфункции	3,3±0,2

Примечание.* – Различие является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$ при сравнении с поведением в нестандартных ситуациях;

** – Различие является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$ при сравнении с поведением в нестандартных ситуациях;

*** – Различие является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$ при сравнении с поведением в нестандартных ситуациях.

Таблица 2

**Распределение исследованных по психологическим (субъективным)
аспектам социального функционирования (опросник SF-36)**

№	Показатель	Группа исследованных
1	Физическое функционирование (PF)	53,6±0,1*
2	Ролевое функционирование (RP)	50,9±0,3**
3	Боль (P)	57,6±0,3'
4	Общее здоровье (GH)	52,7±0,4''
5	Физический компонент КЖ	53,2±0,2
6	Жизнеспособность (VT)	36,4±0,4
7	Социальное функционирование (SF)	31,2±0,3
8	Эмоциональное функционирование (RE)	33,0±0,3
9	Психическое здоровье (MH)	28,3±0,1
10	Психический компонент КЖ	32,2±0,3

Примечание.* – различие является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,01$ при сравнении с аспектами жизнеспособности, социального, эмоционального функционирования и психического здоровья;

** – различие является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,01$ при сравнении с аспектами социального и эмоционального функционирования;

' – различие является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,01$ при сравнении с аспектами жизнеспособности, социального, эмоционального функционирования и психического здоровья;

'' – различия является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,01$ при сравнении с аспектами социального, эмоционального функционирования и психического здоровья.

Показатель физического функционирования, отражающий уровень, в котором физическое состояние организма ограничивает выполнение физических нагрузок, составил 53,6±0,1 балла. Показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием и отражающий его влияние на повседневную ролевую деятельность, был равен 50,9±0,3 балла. Показатель интенсивности боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, составил 57,6±0,3,4 балла. Показатель общего состояния здоровья, отражающий состояние здоровья в настоящий момент был равен 52,7±0,4 балла. Показатель жизненной активности, который отражает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным, составил 36,4±0,4 балла. Показатель СФ, определяющий уровень, в котором физическое или эмоциональное состоя-

ние ограничивает социальную активность, был равен $31,2 \pm 0,3$ балла. Показатель ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием и определяющий уровень, в котором эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, составил $33,0 \pm 0,3$ балла. Показатель психического здоровья, характеризующий настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций, составил $28,3 \pm 0,1$ балла.

«Физический компонент КЖ», включающий в себя показатели физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивностью боли и общим состоянием здоровья, составил $53,2 \pm 0,2$ балла. «Психический компонент КЖ», включающий в себя показатели жизненной активности, СФ, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, психическим здоровьем, составил $32,2 \pm 0,3$ балла. Оценка «физического компонента КЖ» была достоверно выше ($p < 0,001$) «психического компонента КЖ».

Распределение исследованных по наличию контекстуальных факторов представлено в табл. 3.

Таблица 3

Распределение исследованных по наличию контекстуальных факторов

Контекстуальные факторы	Группа исследованных	
	абс.	% $\pm$ m
проблемы, связанные с образованием и воспитанием (Z55)	4	$1,8 \pm 1,3$
проблемы, связанные с трудовой деятельностью, безработицей и отсутствием реальной возможности для трудоустройства (Z56)	13	$5,7 \pm 2,3$
проблемы, связанные с домашними и экономическими обстоятельствами (Z59)	29	$12,8 \pm 3,3$
проблемы, связанные с социальным окружением (Z60)	44	$19,4 \pm 3,9$
проблемы, связанные с первичной поддержкой окружающих, включая семью (Z63)	59	$26,0 \pm 4,4$
проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами (Z64)	11	$4,9 \pm 2,2$
проблемы, связанные с образом жизни (Z72)	2	$0,8 \pm 0,9$
проблемы, имеющие отношение к затруднениям в решении повседневных жизненных вопросов (Z73)	65	$28,6 \pm 4,5$
Всего	227	100,0

Из данных, представленных в табл. 3, установлено, что по частоте встречаемости у исследованных значительно преобладали контекстуальные факторы, имеющие отношение к затруднениям в решении повседневных жизненных вопросов (выгорание, стресс, акцентуация личностных черт, нехватка расслабления и отдыха) – у 65 ($28,6 \pm 4,5\%$) и связанные с первичной поддержкой окружающих, включая семью (проблемы во взаимоотношениях, неадаптивная семейная поддержка, отсутствие члена семьи, распад семьи) – у 59 ($26,0 \pm 4,4\%$), у 44 ($19,4 \pm 3,9\%$) регистрировались контекстуальные факторы, связанные с социальным окружением (проживание в одиночестве, социальное отвержение, объект дискриминации); у 29 ($12,8 \pm 3,3\%$) – проблемы, связанные с домашними и экономическими обстоятельствами, у 13 ($5,7 \pm 2,3\%$) – контекстуальные факторы, связанные с трудовой деятельностью, безработицей и отсутствием реальной возможности для трудоустройства, у 11 ($4,9 \pm 2,2\%$) – проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами, у 4 ($1,8 \pm 1,3\%$) – контекстуальные факторы, связанные с образованием и воспитанием, у 2 ($0,8 \pm 0,9\%$) пациентов – проблемы, связанные с образом жизни (употребление табака, алкоголя, наркотиков, недостаточная активность, недостаточное питание).

Выводы. Полученные результаты позволяют с помощью системно-структурного анализа оптимизировать планирование медико-психологического сопровождения больных с дефектом челюстно-лицевой области с признаками дезадаптации, что будет способствовать более высокому качеству лечения и реабилитации данного контингента.

Литература

1. Дробижев М.Ю. Нозогенные реакции. Исторические аспекты проблемы. – Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – Вып. – № 2. – С. 19–38.
2. Pirl W. A. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in patients. J. Natl Cancer Inst Monogr, 2004; 32–9.

3. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. J. Natl Cancer Inst Monogr, 2004; 57–71.
4. Leon J.F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavior. Schizophr. Res 2005; 76: 135–57.

**АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ, ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ,
ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
У ХВОРИХ З ДЕФЕКТОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ОБЛАСТІ
ВНАСЛІДОК ЗЛОЯКІСНОГО НОВОУТВОРЕННЯ**

В. О. Рослякова

Стоматологічна клініка м. Харків

Резюме: у статті наведено аналіз клініко-психологічних, індивідуально-психологічних, психосоціальних та соціальних особливостей дезадаптації у 227 хворих з дефектом щелепно-лицевої області внаслідок злоякісного новоутворення.

Ключові слова: дезадаптація, дефект щелепно-лицевої області внаслідок злоякісного новоутворення.

V. Roslyakova

Dental clinic, city of Kharkov

Resume: the analysis of clinical-and-psychological, individual psychological, psychosocial and social characteristics of maladjustment among 227 patients who have maxillofacial defects due to malignant tumors is presented in the article.

Key words: maladjustment, maxillofacial defect due to malignant tumor.

УДК: 616–085:615.28

**ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ
НА ЛІКУВАННІ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ**

А. А. Спасьбухов

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме. Показано вплив психоемоційного стресового фактора на розвиток психосоматичних захворювань, в т.ч. і виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Дослідження включало оцінку стану особистісних характеристик і емоційної сфери. Проведено клініко-психопатологічне і патопсихологічне вивчення у 114 хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, які перебували на лікуванні в санаторії «Бермінводи». Виділено провідні синдроми невротичного регістру, встановлено підвищення рівня особистісної тривожності і депресії у обстежених хворих.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, емоційна сфера, тривога, депресія, неспокійні розлади.

В даний час існує безліч пояснювальних гіпотез етіопатогенетичних співвідношень і взаємодії психічних і соматичних чинників при ВХ. Ю.С. Малов зі співавт. [1–3] наводять понад півтора десятка теорій, стверджуючи, що кожна з них, безсумнівно, має право на існування, оскільки відображає одну з граней цієї складної проблеми.

Більшість гастроентерологів дотримуються найбільш відомою і визнаною фізіологічної теорії, запропонованої Н. Shay. За цією теорією розвиток ЯБ обумовлено порушенням рівноваги між факторами «агресії» і «захисту» слизової оболонки шлунка і 12-палої кишки [4].

В останні роки набула значимість інфекційна теорія ЯБ, згідно з якою органічні ураження викликаються бактерією *Helicobacter pylori* (H. pylori). Однак багато дослідників сумніваються в чисто інфекційній природі ЯБ і вважають необхідними всебічні дослідження з цієї проблеми [5].

Доведена роль стресу як головного чи допоміжного етіологічного фактора виразкових уражень слизової шлунка. Це означає, що при певних умовах стрес-реакція перетворюється з адаптогенної в патогенний механізм. [5].

Weiner et al., Mirsky у великому дослідженні перевірили гіпотезу про можливість на підставі психологічних критеріїв передбачити, які з досліджуваних, схильних до підвищеної секреції, захворіють на виразкову хворобу 12-палої кишки. Дійсно, на підставі психологічного критерію інтенсивних потреб в залежності і турботі був передбачений високий відсоток хворих [6].

Найбільш популярна сьогодні психодинамічна концепція інтрапсихічного мотиваційного конфлікту трактує виразкову хворобу 12-палої кишки як наслідок незадоволеної потреби у психологічному захисті. Причому цю потребу суб'єкт не може усвідомити, тому, що вона суперечить його свідомої установці на незалежність і силу. У той же час Zander вважав, що аспект фрустрації бажань залежності і турботи переоцінюється, і в якості пускового фактора розглядав несвідомий конфлікт заздрості, рідше міжособистісні контакти.

В.А. Ананьєв [7] підкреслює наявність у хворих ЯБ мотиваційного конфлікту, що виражається в суб'єктивній незадоволеності своєю соціальною роллю і своєю роботою.

F. Dunbar вважала, що виразкова хвороба розвивається у надмірно реагують осіб, які мають схильність до надмірної залежності, витісненої схильністю до самоушкодження [8]. Деякі дослідники відзначають відчуття безпорадності, типове для хворих на виразкову хворобу, але вважають, що воно не виникло з розвитком виразки, а існувало і раніше [9].

О.Т. Жузжанов [10] зазначає, що існують два варіанти патогенних механізмів розвитку ВХ:

- 1) з переважанням соціально-психологічних факторів ризику – експліцитний варіант;
- 2) з переважанням конституційно-спадкового чинника ризику – імпліцитний варіант.

Таким чином, спроби об'єднати наявні гіпотези в єдину концепцію привели до висновку про те, що виразкова хвороба – поліетіологічним, мультифакторное захворювання. Це підтверджується і різноманіттям форм самого психосоматозам. Особливу актуальність це питання набуває в умовах санаторно-курортної мережі, як заключного реабілітаційного етапу хворих з ЯБ.

Це зумовило проведення нашого дослідження, метою якого стало: вивчення феноменології порушень психічної сфери у хворих ЯБ, що перебувають на лікуванні в санаторії.

Контингент дослідження: обстежено 114 осіб у віці $23 \pm 2,8$ року, мають захворювання гастродуоденальної зони, основну групу склали хворі з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки.

Групу порівняння склали 45 осіб, які проходили відновлювальне реабілітаційне лікування в санаторії «Березовські мінеральні води», але не мають захворювань шлунково-кишкового тракту.

Всі досліджувані групи були порівнянні за статтю та віком. Діагнози захворювань були верифіковані у відповідності зі стандартами діагностики МКБ-10. Оцінка стану психічної сфери проводилася за даними клініко-психопатологічного вивчення та патопсихологічного дослідження. Оцінку особистісних характеристик і стану емоційної сфери проводилось із застосуванням: опитувальника «Міні-мульт», (скорочений варіант Міннесотського багатовимірного особистісного переліку); методики «Шкала стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Рея (Holmes, Rahe, 1967); методики «Шкала самооцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера », адаптування Ю.А. Ханіним; «Шкали Гамільтона для оцінки депресії » (Hamilton Rating Scale for Depression; HDRS, 1960 p.); «Шкали депресії Бека » (Beck Depression Inventory, 1961 p.).

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою стандартизованої комп'ютерної програми SPSS.

Отримані результати.

Аналіз клінічної симптоматики показав, що у 69% хворих вона досягала ступеня синдромалогічної оформленості нозологічного рівня, у 31% хворих вона носила донозологічний рівень. При цьому астено-депресивний синдром складав 54%, астено-іпохондричний-31%, депресивно-іпохондричний – 15%. Симптоматика у пацієнтів донозологічного рівня оцінювалася нами як соматогенні астеничний симптомокомплекс – 64%, нозогенні обумовлені реакції психічної дезадаптації – 36%. Дані патопсихологічний досліджень показало наступне: аналіз профілю за методикою «Міні-мульт» в основній групі і групі порівняння дозволив виявити посередність показників за всіма шкалами багатовимірного особистісного опитувальника, (коливання всіх шкал не виходили за межі нормативного діапазону (40–70 стандартних одиниць), що свідчить про відсутність психопатичних розладів у цієї категорії досліджуваних осіб).

При аналізі показників шкал «Міні-мульт» в групі хворих ЯБ в стадії загострення виявилася достовірне ($p < 0,0001$) підвищення значень за шкалами 1, 2, 8, 9 в порівнянні з групою хворих ЯБ в стадії ремісії та здоровими. Високі показники (більше 70) відзначені за шкалами іпохондрії (1) – $76,3 \pm 4,2$, депресії (2) – $72,1 \pm 3,7$ і психоастенії (7) – $71,0 \pm 6,5$. Це свідчить про те, що дана група спостереження характеризується тривожно-недовірливим і астено-невротичним типами реагування, нерішучістю і постійними сумнівами. Таким особистостям властиві пасивність, покірність, а так же нерішучість і постійна тривожність. Багато проблем вирішуються «відходом у хворобу», коли симптоми соматичного захворювання використовуються як засіб уникнути відповідальності і піти від проблем. Не дивлячись на те, що в справах вони старанні, сумлінні і високоморальні, такі люди не здатні самостійно приймати рішення і при найменших невдачах легко впадають у відчай.

Аналіз стресостійкості показав наявність у хворих ЯБ в стадії загострення і ремісії «порогової» опірності до стресових ситуацій – $233,8 \pm 40,9$ і $215,6 \pm 67,7$ балів відповідно, $p < 0,02$. У групі здорових осіб виявлена висока опірність до стресу, вона склала $84,3 \pm 55,6$ балів ($p < 0,0001$).

Вимірювання рівня тривожності, як властивості особистості, особливо важливо, так як це властивість багато в чому визначає поведінку пацієнта, відображає його схильність до тривоги, коли досить великий спектр життєвих ситуацій сприймається як загрозовий, небезпечний.

За результатами проведеного дослідження виявлено достовірне підвищення рівнів особистісної тривожності у пацієнтів з ВХ в порівнянні зі здоровими. Рівень особистісної тривожності розцінювався як помірний в групі хворих з виразковою хворобою в стадії ремісії і як високий у пацієнтів з ВХ з ерозивно-виразковими поразками. Найчастіше в осіб, які страждають ЯБ, реєструвалися показники високої (понад 46 балів) і помірної (31–45 балів) особистісної тривожності і лише у 3 хворих цієї групи визначався низький рівень особистісної тривожності (менше 31 бали). Таким чином, очевидно, що висока тривожність є певною характеристикою особистості, так званім психологічним преморбидном ЯБ. Тривожність, мабуть, відноситься до внутрішнього фактору ризику, який за певних ситуацій порушує механізми психологічної адаптації і в кінцевому підсумку призводить до виникнення нервово-психічних і соматичних розладів.

Аналіз даних шкали Гамільтона для оцінки депресії виявив великий розкид показників в групі хворих із загостренням ВХ, 6 і 37 і склав $11,8 \pm 1,1$ балів, у хворих ЯБ в стадії ремісії розкид склав 0–23 балів, в середньому $9,7 \pm 1,1$. У групі здорових виявлено розкид показників від 0 до 17, що склав в середньому $5,7 \pm 0,9$ балів. При аналізі структури депресії 36,8% пацієнтів з ВХ в стадії загострення відзначали пригніченість настрою, $p = 0,04$; відчуття неспроможності, почуття втоми – 44,7%, неспокій – у 60,5%, $p = 0,001$, порушення сну, психічну тривогу, яка виявляється напругою і дратівливістю у 52,6% пацієнтів, $p = 0,001$; соматична тривога різного ступеня вираженості – у 89,5%; поглинені власним здоров'ям 52,6%, $p = 0,001$.

Дослідження по «Шкалою депресії Бека» також визначили високий рівень депресії у хворих ЯБ, який склав $9,8 \pm 1,0$ балів в період загострення. У групі пацієнтів з ВХ в період ремісії рівень депресії склав $9,5 \pm 1,6$, у здорових $6,0 \pm 0,8$ балів відповідно, ($p < 0,05$). Причому в період загострення виразкової хвороби рівень депресії вірогідно вище, ніж в період ремісії ерозивно-виразкового процесу ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, встановлено взаємозв'язок і взаємозалежність порушень психічної сфери та основного захворювання. У більшості хворих встановлена симптоматика астеничного,

тривожного й депресивного спектру. Дані патофизиологічного дослідження показали високий рівень особистісної сенситивності, психоастеноїдності, іпохондричності. Емоційна сфера характеризувалася високими значеннями показників тривожності і депресії.

Отримані дані послужили основою для формування патогенетическі спрямованої системи психотерапевтичної корекції хворих з ЯБ, побудованої за інтегративним принципом. Отримані результати показали її високу ефективність.

Література

1. Малов Ю. С., Дударенко С. В., Онікеєнко С. Б. Виразкова хвороба. – СПб.: Петростам, 1994.
2. Циммерман Я. С., Зіннатулін М. Р. // Клин. медицина. – 1999. – Т. 77, № 2. – С. 52–56.
3. Александер Ф. Психосоматична медицина. Принципи і практичне застосування/Пер. з англ. – М.: ЕКСМО-Прес, 2002.
4. Любан-Плоцца Б., Пельдінгер В., Креггер Ф. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря. – СПб., 1994.
5. Михайлов Б. В. Проблема оцінки ефективності та якості надання психотерапевтичної допомоги. // Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010. С. 137–138.
6. Пезешкіан Н. Психосоматика і позитивна психотерапія/Пер. з нім. – М.: Медицина, 1996.
7. Коростельова І. С., Ротенберг В. С. // Психол. журнал. – 1990. – Т. 11, № 4. – С. 84–90.
8. Ананьєв В. А. Психологічна характеристика тривоги у хворих з передвиразковий стану і виразковою хворобою дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1988.
9. Лоч В. Б. // Свідомість і фізична реальність. – 2000. – Т. 5, № 3. – С. 47–61.
10. Грінберг Дж. Управління стресом/7-е изд. – СПб.: Питер, 2002.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ЛЕЧЕНИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

А. А. Спасибухов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Показано влияние психоэмоционального стрессового фактора на развитие психосоматических заболеваний, в т. ч. и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Исследование включало оценку состояния личностных характеристик и эмоциональной сферы. Проведено клинико-психопатологическое и патофизиологическое изучения у 114 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в санатории «Бермингоды». Выделены ведущие синдромы невротического регистра, установлено повышение уровня личностной тревожности и депрессии у обследованных больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эмоциональная сфера, тревога, депрессия, непсихотические расстройства.

FEATURES OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT TREATED AT THE SANATORIUM CONDITIONS

A. A. Spasibuhov

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The influence of emotional stress factor for the development of psychosomatic diseases, including and gastric ulcer and duodenal ulcer. The study included assessment of personality characteristics and emotional sphere. A clinico-psychopathological and patopsihologicheskoe study in 114 patients with gastric ulcer and duodenal ulcer who were treated at the sanatorium «Berminvody.» Highlighted major syndromes of neurotic case, found an increase in the level of personal anxiety and depression in the patients examined.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, emotional sphere, anxiety, depression, non-psychotic disorders.

СТРЕС ТА ІМУНІТЕТ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВЗАЄМОДІЇ

О. О. Хаустова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Резюме. Стаття присвячена оцінці з точки зору психосоматичної медицини місця, ролі та взаємодії стресу та імунної системи в патогенезі хронічних психічних та соматичних неінфекційних та інфекційних захворювань. Приділено увагу необхідності комплексного менеджменту пацієнтів із залученням психотерапевтичних та медико-психологічних заходів.

Ключові слова: розлади психіки, соматичні хвороби, стрес, імунна система, інфекції, психотерапія.

Для сучасної соціальної психіатрії є типовим екстраполювання спеціалізованої допомоги в галузь загальносоматичної медицини, що обумовлено частішанням психічних розладів у соматично хворих, недостатньою ефективністю їх діагностики і негативним впливом психопатологічної складової на прояві перебіг соматичного захворювання, а також необхідністю розробки та застосування адекватних лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, заснованих на комплексному холистичному міждисциплінарному підході [1, 2, 3].

Позиція цілісності живої речовини («холізму» за Я. Сметсом) була основним принципом багатьох філософських напрямів, загально-біологічних та медичних поглядів. Вона простежується в уявленнях Гіппократа про метаболічні процеси, в концепції Р. Вірхова. В даний час поняття цілісності в біології та медицині стає все більш важливим принципом оцінки здоров'я і репродуктивності, зміни поколінь, хвороб людини, її старіння і смерті. Але холистичні підходи розбиваються об реальну практику, з якою стикається практична медицина. Виникає проблема співвідношення між цілісністю і частиною цієї цілісності, між єдністю процесу і його порушенням в результаті, скажімо, холоду, радіації, інфекції та інших причин.

Психосоматична медицина, за сучасними поглядами, є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з оточуючим середовищем [2, 4, 5]. Принцип єдності тілесного і психічного – це основа медицини та підґрунтя сучасної біопсихосоціальної парадигми. Очевидно, межа між «органічними» і «функціональними» розладами діяльності внутрішніх органів і систем є досить невизначеною, і в клінічній медицині все більш затверджується точка зору, що коло суто «тілесних» порушень скорочується.

В сучасній термінології переekliкаються описання біопсихосоціальної та діатез-стрессової моделі. За цією моделлю, біологічний діатез або біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та соціально-психологічних факторів. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації. Генетично обумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін оточуючого людини середовища. Саме це є важливим чинником розвитку «хвороб цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів [2–5].

Сучасне поняття психосоматичних розладів значно перевищує межі «класичних психосоматозів». Якщо раніше до психосоматичних захворювань відносили сім нозологічних одиниць: есенціальну гіпертонію, тиреотоксикоз, нейродерміт, бронхіальну астму, деякі форми ревматоїдного артрити, виразковий неспецифічний коліт і виразкову хворобу [5], то в даний час в реєстр психосоматичного реагування включені розповсюджені захворювання серцево-судинної системи, велика кількість захворювань опорно-рухового апарату, шкіри, урогенітальної сфери, мігрені й ін. Звідси закономірний інтерес до психологічних і соціальних аспектів хронічних неінфекційних та інфекційних хвороб, ролі емоційних факторів в їх етіопатогенезі і характеру перебігу хвороб.

Соматичний і психічний, вплив схильності і середовища, фактичний стан оточуючого середовища і його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні і соціальні впливи в їх сукупності і на доповнення один одного – все це має значення в якості різнобічних впливів на організм, які описуються як «фактори», які взаємодіють між собою. Імунну систему вважають сполучною ланкою у функціональній психосоматичній системі (рис. 1).

Отже, характер реакції на інфекцію або на перебіг інфекційного захворювання залежить також від емоційних чинників. Диференційовані дослідження імунної систе-

МОДЕЛЬ ЗВ'ЯЗКУ СТРЕСУ, ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБИ

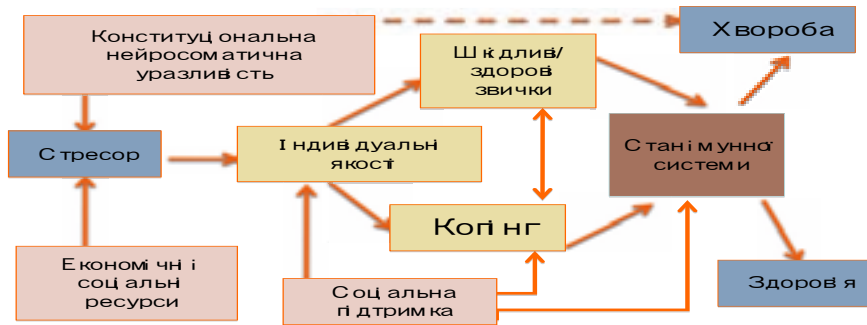


Рис. 1. Фактори впливу та стрес-реакцію та її результат

центральної частини імунної системи відбуваються зміни кількості і швидкості ділення імунокомпетентних клітин лімфоїдної тканини, а також метаболізму мембран і порушення специфічних імуноглобулінів.

Для виникнення та перебігу інфекційних захворювань важливо те, що універсальні, в цілому типові для даної хвороби зв'язки проявляють свій специфічний зміст в кожному конкретному випадку перш за все на тлі індивідуальної історії життя та особливостей суб'єктивних переживань пацієнта, значення і тяжкість яких в кожному окремому випадку повинні ретельно вивчатися. Історія хвороби і історія життя людини нерозривні, хоча в кожному окремому випадку значення кожного з факторів часом буває важко оцінити.

Відомо, що на тлі збільшення середньої тривалості життя людини перше місце серед основних причин хвороб і смерті замість інфекційних захворювань зайняли хронічні дегенеративні захворювання, які прийнято вважати неінфекційними. Проте експериментальні дані показують, що багато мікроорганізмів – віруси (герпетичні віруси, віруси гепатитів, аденовіруси та інші), бактерії (хламідії, хелікобактер, патогенні бактерії порожнини рота та ін.), а також грибки і паразити – можуть бути етіологічним фактором хронічних дегенеративних захворювань, таких як атеросклероз, деяких видів раку, цукрового діабету, остеопорозу, аутоімунних хвороб, нейродегенеративних та психічних захворювань. Отже, старіння також має і інфекційні коріння і деякі інфекції, особливо їх поєднання, можуть призводити до прискореного старіння і ранньої смерті. Таким чином, інфекції можуть служити тригером (пусковим, механізмом) старіння, імовірно за допомогою механізмів хронічного оксидативного стресу, уповільненого хронічного запального процесу, укорочення теломер і аутоімунних процесів внаслідок молекулярної мімікрії.

Ще у 1991 році S. Cohen наголошував на тому, що психосоматичне розуміння інфекційних захворювань в патогенетичному плані може отримати пояснення при вивченні реакції імунної системи на психічні навантаження. Зв'язки між центральною нервовою системою та імунною системою відбуваються через складну мережу двонаправленого зв'язку сигналів нервової, ендокринної та імунної систем. Саме дослідження в галузі психонейроімунології надали нову інформацію щодо розуміння патофізіологічних процесів, пов'язаних з імунною системою. Так, було встановлено, що психологічний стрес порушує функціональну взаємодію між нервовою та імунною системами [6].

За останні десятиліття принципово постульовано гомеостатична функція єдиного психоімуноендокринного комплексу [7–9]. Так, було встановлено, що у відповідь на будь-які стресові подразники в організмі відбувається паралельна активація трьох провідних систем, контролюють гомеостаз, – нервової, імунної та ендокринної. Ефект зміни в цих системах проявляється у розвитку не тільки імунних, аутоімунних та інших соматичних захворювань, але і в порушенні психічної сфери діяльності [10]. Структура психічних порушень включає неспецифічні тривожні, астеничні і депресивні розлади [11, 12]. Все це обумовлює доцільність пошуку нових підходів і методів патогенетичної терапії захворювань аутоімунної природи, проте гіпотеза участі аутоімунних механізмів у формуванні психічних розладів є на сьогоднішній день найменш розробленою. Існує уявлення, що механізм формування психічних розладів при імунних захворюваннях пов'язаний з безпосереднім впливом Т-лімфоцитів, які є одними з основних джерел і регуляторів секреції і продукції цитокінів. Цитокіни, впливаючи на виділення та обмін норадреналіну і серотоніну в головному мозку, особливо в гіпоталамусі і гіпокампі, при цьому як стимулюють, так і гальмують дофамінергічні,

ми щодо взаємодії психосоціальних або ендокринних впливів та імунної відповіді свідчать: у аферентній частині імунної системи здійснюється вплив на активацію і інактивацію макрофагів, відбуваються зміни аутоантигенів, причому зміни рівня кортикостероїдів ведуть до блокування макрофагами комплексів антиген-антитіло; у

серотонінергічні і ацетилхолінергічні нейротрансмітерні системи. Цей вплив цитокінів призводить до нейробіологічних і психологічних ефектів у зв'язку зі змінами функцій лімбічної системи, обумовлюючи модулювання емоційного стану і когнітивних функцій [13]. Зрушення стрес-індукованої імунної регуляції, як було показано дослідниками, мають досить значні наслідки для здоров'я, у тому числі зниження імунної відповіді на вакцини, сповільнення загоєння ран, відновлення прихованих вірусів герпесу, а також підвищення ризику більш важких інфекційних захворювань (гепатит С). Хронічний стрес і депресія можуть збільшити периферійну продукцію прозапальних цитокінів, таких як інтерлейкін ІЛ-6. В свою чергу, високі сироваткові рівні ІЛ-6 пов'язані з ризиками маніфестації серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу, психічних розладів та деяких видів раку.

Kemeny M.E. та Schedlowski M. (2007) також вважали, що гострий і хронічний психологічний стрес може викликати виражені зміни вродженої й адаптивної імунної відповіді опосередковано через нейроендокринні медіатори гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової і симпатико-надниркової систем. Дані систематичних оглядів та мета-аналізів наукової медичної літератури за окресленою проблемою вказують на те, що психологічний стрес має враховуватися в складних моделях передбачення прогнозів захворювань, таких як ГРВІ, реакції на вакцинацію, маніфестація герпесу, розповсюдження пухлинних метастазів і загоєння операційних ран, а також в епідеміологічних дослідженнях прогресування захворювання і смертності [14–16]. Отже, нейроендокринні та імунні взаємодії порушуються при багатьох патофізіологічних станах; стрес може сприяти цим порушенням, що може зіграти значну роль в прогресуванні хворобливих процесів [17].

Теорію, що пояснює зв'язок стресу, подальшого виникнення депресії та зниження імунітету оприлюднили A. Miller та Ch. Raison (2012). Вони вважають, що депресія з'явилась в процесі розвитку імунної системи: спадкові зміни, що викликають депресію, були «необхідні» нашим пращурам для боротьби з інфекціями [18]. Автори припустили, що депресія і зниження соціальної активності були придбані, щоб знизити відсоток смертей від інфекції за рахунок адаптивної поведінки зі швидкою стомлюваністю, соціальною пасивністю і зниженням апетиту. Теорія пояснює, чому основним фактором розвитку депресії є стрес – цей зв'язок може бути побічним ефектом процесів, що запускають дію імунної системи при ураженні. Це перегукується з описом тілесних захисно-адаптаційних конструктів системи життєзабезпечення особистості за Богдановою М.В. (2009). Авторка виділяла рівень психофізіологічних реакцій, рівень імунного захисту і рівень психосоматичного реагування, підтверджуючи це низкою досліджень [19] в області імунології та психології. Так, хронічний стрес провокує зниження клітинного імунітету (Th1 – «агресивний» спосіб захисту), а гострий стрес запускає надреактивність гуморального імунітету (Th2 – спосіб захисту по типу блокування). Причому хронічний стрес призводить до безперервного зниження рівня імуноглобуліну А, а гострий стрес може призводити до його тимчасового підвищення. Важливо відзначити, що цей вплив не залежить від того, наскільки людина рефлексує свої негативні емоції в момент дії стресору (вона може пригнічувати і витіснити пов'язану з стресорною ситуацією тривогу), проте, залишаючись пасивно схильною до стресу, не перетворюючи ситуацію, людина в підсумку отримує зниження імунітету і легко інфікується.

Низка досліджень присвячена вивченню патогенетичних та клінічних характеристик імунологічних реакцій при різних формах психічної патології. Припущення про роль аутоімунізації у розвитку психічних хвороб висловлював ще Є.К. Краснушкін у 1920 р., але факти щодо підтвердження ролі імунних процесів в патогенезі психічних розладів були отримані значно пізніше (Вартанян М.Є., 1968; Семенов С.Ф., Чуприков А.П., 1973; Коляска Г.І., Бурбаєва Г.Ш., 1979, Александровський Ю.А., 2005) [8, 20]. Системне дослідження иммунопатології психічних захворювань дозволило простежити різні імунологічні порушення у хворих з нервово-психічними розладами і сформулювати, зокрема, відому гіпотезу аутоімунної природи шизофренії. Результати імунологічних досліджень також свідчать про істотну роль генетичних механізмів в освіті гуморальних антитіл проти антигенів з тканини мозку [21, 22].

Дослідження останніх років щодо показників імунітету пацієнтів з різними ендегенними психічними захворюваннями з наявністю в клінічній картині хвороби депресивних і маніакальних розладів – виявили активацію вродженого імунітету. Причому, його показники достовірно підвищувались відповідно до наростання ступеня прогресивності процесу (від біполярного афективного розладу до шизофренії) незалежно від полярності і інтенсивності афективних порушень [23, 24]. Отже, при багатьох психічних розладах відмічається дисбаланс нейропротективних та нейродегенеративних факторів у сполученні зі змінами у гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalовій системі та активацією прозапальних процесів.

Дослідженням зв'язку між психологічним стресом, афективними розладами і імунною системою приділяється значна увага. Виявилося, що у частини пацієнтів з меланою та хронічним гепатитом на тлі лікування інтерфероном- α та інтерлейкіном ІЛ-2 виникали психічні ускладнення, насамперед депресія. В свою чергу, при депресії відзначено збільшену кількість прозапальних інтерлейкінів, яка приходила до норми при тривалому лікуванні антидепресантами. Разом з тим, рівень змін прозапальних інтерлейкінів не виявився маркером диференціювання клінічних типів депресії [25, 26].

Отже, повертаючись до функціональної психосоматичної системи зв'язку стресу, хвороби і здоров'я, маємо зауважити, стрес може спровокувати маніфест як психічної, так і соматичної хвороби. В свою чергу, наявність хронічного захворювання може виступати додатковим стресорним фактором, приводячи до психічних порушень [12, 29]. Так, депресія може супроводжувати будь-які хронічні захворювання, включаючи гепатит С, значно ускладнюючи життя пацієнтів. Найбільш уразливими щодо виникнення депресії є певні періоди, а саме: вперше поставлений діагноз; лікування, особливо невдале; швидке прогресування хронічної хвороби з появою симптомів, що різко знижують якість життя; загроза життю.

При оцінці механізмів психічної адаптації хворих в ситуації соматогенної вітальної загрози характерними особливостями копінг-поведінки хворих виявлялись фаталізм, пасивність, відсутність активного протистояння хворобі і прагнення до співпраці з медиками в процесі лікування. Причому, успішна терапія, що знижувала актуальність вітальної загрози, сприяла поліпшенню психічного стану хворих і вела до формування більш адекватного реагування у стресовій ситуації. В свою чергу, конструктивні копінг-стратегії забезпечували подолання вітальної загрози і покращували прогноз лікувально-реабілітаційних заходів [27].

Отже, взаємозв'язок психологічних і соматичних чинників дозволяє припустити, що нівелювання психічних розладів, трансформація механізмів захисту та копіngu шляхом психотерапії та психокорекції можуть сприяти підвищенню успішності реабілітаційних заходів. В межах психосоматичного підходу до комплексної терапії хронічних інфекційних та неінфекційних захворювань в клінічній практиці використовуються певні види психотерапії та психокорекції. Відповідно до мети та завдань медико-психологічного впливу на окремих пацієнтів із застосуванням індивідуального підходу використовуються окремі методики та техніки психотерапевтичної інтервенції [28]. Так, методи психотерапії, що розкривають конфлікт (когнітивна психотерапія, транзактний аналіз, гештальт-терапія) використовуються при застудних захворюваннях та тонзилітах. При стійких герпетичних ураженнях та інших хронічних інфекціях зі стійким зниженням якості життя особливо важливою є психосоціальна підтримка, особливо у режимі тривалої групової психотерапії. При формуванні адаптивних копінг-стратегій у терапію повинна бути залучена особистість пацієнта [16, 28], показана конфлікт-центрована індивідуальна та групова психотерапія з формуванням адекватної проблемно-вирішуючої поведінки. Причому, більшості пацієнтів психотерапія потрібна як при загостренні захворювань, так і тривало на етапі підтримуючої терапії, сприяючи реадaptaції та ресоціалізації пацієнтів. Отже, сучасний медичний менеджмент пацієнтів з хронічними інфекційними та неінфекційними захворюваннями, заснований на комплексному холистичному міждисциплінарному підході, передбачає більшу ефективність при застосуванні медико-психологічних заходів.

Разом з тим, проблеми взаємодії стресу з біопсихосоціальними ресурсами людини, в тому числі з імунною системою, потребують подальшого вивчення. Редукція патологічної симптоматики та відновлення ресурсної бази пацієнтів за рахунок комплексу психотропної і соматотропної терапії, імунокорекції, психотерапії та психокорекції має сприяти більш легкому перебігу захворювань, ліпшому прогнозу та виковій якості життя пацієнтів з хронічними інфекційними та неінфекційними захворюваннями.

Література

1. Смулевич А.Б., Сыркин А.А. Органнне неврозь как психосоматическая проблема // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 12. – С. 4–12.
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с
3. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). – Київ: Медкнига, 2009. – 126 с.
4. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
5. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей/П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ – 2006. – 568 с.

6. Godbout J.P., Glaser R. Stress-Induced Immune Dysregulation: Implications for Wound Healing, Infectious Disease and Cancer//J. of neuroimmune pharmacology. – 2006. – Vol. 1. – P.421–427.
7. Акмаев И.Г. Нейроиммуноэндокринные взаимодействия: их роль в дисрегуляторной патологии// Пат. физиол. – 2001. – № 4. – С. 3–10.
8. Александровский Ю.А. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств/Ю.А. Александровский, В.П. Чехонин. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА., 2005. – 256 с.
9. Ader R., Cohen N., Felden A. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system//Lancet. –1995. – Vol. 345, N8942. – P. 99–103.
10. Акмаев И.Г. Нейроиммуноэндокринология: истоки и перспективы развития//Успехи физиологических наук. – 2003. – Т. 34, № 4. – С. 4–15.
11. Ветлугина Т.П. Клиническая психонейроиммунология: итоги и перспективы//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 12–17.
12. Хаустова О.О., Безшейко В.Г. Нейроімуноендокринологічні аспекти депресивних розладів при хронічних соматичних захворюваннях//Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2010. – Т. 1, № 3 (3). – С. 112–119.
13. Blalock J.E. The syntax of immune-neuroendocrine communication//Immunol. Today. – 1994. – Vol. 15, № 11. – P. 504–511.
14. Gouin J.P, Kiecolt-Glaser J.K. The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms.//Immunol. Allergy Clin. North Am. – 2011. – № 31 (1). – P. 81–93.
15. Pedersen A., Zachariae R., Bovbjerg D.H., Influence of Psychological Stress on Upper Respiratory Infection – A Meta-Analysis of Prospective Studies//Psychosomatic Medicine. – 2010. – Vol. 72. – P. 8823–8832.
16. Broadbent E., Koschwanez H.E. The psychology of wound healing.//Curr. Opin. Psychiatry. – 2012. – № 25 (2). – P.135–40.
17. Kemeny M.E, Schedlowski M. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression.//Brain Behav. Immun. – 2007. – № 21 (8). – P.1009–1018.
18. Miller A.H., Haroon E., Raison C.L. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior.//Neuropsychopharmacology. – 2012. – № 37 (1). – P.137–162.
19. Богданова М.В. Особенности психологических защит при психосоматических расстройствах. Дисс. ... канд. психол. наук, 2005.
20. Вартанян, М.Е./М.Е. Вартанян, Г.И. Коляскина//Иммунология нервных и психических заболеваний. М., 1974. – С. 131–132.
21. Ветлугина, Т.П. Вторичная иммунная недостаточность при психических расстройствах/Т.П. Ветлугина//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. –2004. –№ 2 (32) – С. 13–15.
22. Воробьева, О.В. Стресс и депрессия/О.В. Воробьева//Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. –№ 4. – С. 21–24.
23. Ключник Т.П., Дупин А.М., Сиряченко Т.М., Сарманова З.В., Отман И.Н. Иммунологические реакции при различных формах психической патологии//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 4. – С. 55–58.
24. Власенко В.И. Зозуля С.А., Сиряченко Т.М., Каледа В.Г. Особенности состояния иммунной системы при эндогенных психических заболеваниях с выраженными аффективными расстройствами//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 12. – С. 63–67
25. Babic D. Serum inflammatory factors in major depressive disorder with regard to depression type//Acta neuropsychiatrica. – 2008. – № 20 (Suppl. 1). – P.40–41
26. Leonard B. E. Myint AM Basic aspects of psychoneuroimmunology: neuroendocrinological and metabolic aspects//Acta neuropsychiatrica. – 2008. – № 20 (Suppl. 1). – P. 67–68
27. Петрова Н.Н. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы/Н.Н. Петрова, А.Э. Кутузова, А.О. Недошивин.//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2004. – Т. 1, № 2. – С. 4–6
28. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога/И.Г. Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
29. Anderson R. Psychoneuroimmunoendocrinology. Review and Commentary. –Townsend Letter, Dec 2006. – P.142–146.

СТРЕСС И ИММУНИТЕТ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ.

Е.А. Хаустова

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Резюме. Статья посвящена оценке с точки зрения психосоматической медицины места, роли и взаимодействия стресса иммунной системы в патогенезе хронических психических и соматических неинфекционных и инфекционных заболеваний. Уделено внимание необ-

ходимости комплексного менеджмента пациентов с привлечением психотерапевтических и медико-психологических мероприятий.

Ключевые слова: расстройства психики, соматические болезни, стресс, иммунная система, инфекции, психотерапия.

STRESS AND IMMUNITY: THE PSYCHOSOMATIC APPROACH TO INTERACTIONS.

O. O. Khaustova

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

Summary. The article is devoted to the psychosomatic approach evaluation of place, role and interaction of stress and immune system in the pathogenesis of chronic mental and physical non-communicable and infectious diseases. Paying attention to the need of integrated management of patients with involvement of psychotherapeutic and psychological interventions.

Key words: mental disorder, physical illness, stress, immune system, infections, psychotherapy.

УДК:616.83-008.615-02

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РУКОВОДЯЩЕГО СОСТАВА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И. М. Шурма

Харьковский национальный медицинский университет

Проведен теоретический анализ проблемы профессионального «выгорания» у сотрудников учреждений здравоохранения. Теоретические аспекты изучения синдрома «выгорания», связанные с определением понятия, основными подходами к его изучению, методами диагностики довольно широко известны в зарубежной психологии и последнее время рассматриваются в отечественной науке. Проведено комплексное исследование 200 врачей, занимающих руководящие должности в учреждениях здравоохранения г. Харькова и Харьковской области.

Ключевые слова: синдром профессионального «выгорания», здравоохранение, психокоррекция.

В настоящее время стратегической государственной задачей является кардинальное улучшение состояния здоровья населения Украины. Существенной составляющей этого процесса является проводимое в настоящее время реформирование системы здравоохранения. Вместе с тем. Решение этих кардинальных задач невозможно без обеспечения компетентного, бесперебойного, оптимального руководства лечебно-профилактическими учреждениями. Это, в свою очередь, предопределяет высокие требования к руководящему составу учреждений здравоохранения. Задача проведения надежной и непротиворечивой системы руководства в здравоохранении имеет не только гуманистическое, но и социально-политическое значение. Решающей проблемой, является не только профессиональный уровень медицинского персонала и уровень материально-технического обеспечения отрасли, но и личностно-мотивационная составляющая деятельности медицинского персонала.

Известно, что профессия руководящего работника предъявляет особые требования к личности. Образы «жестких руководителей» и «равнодушных управленцев» создали в культуре отрицание уязвимости людей, находящихся на данных постах. Тем не менее, в реаль-

ности управленческой практики слабость, неудача и неадекватность встречаются с той же частотой, что и в других профессиональных областях, а возможны также и личные факторы, которые делают индивида более уязвимым именно в данной профессии.

Для самочувствия человека существенным компонентом является его самоидентификация. Она есть результат информации, полученной в течение жизни в процессе социальных взаимоотношений. Когда под влиянием социальных образцов идентификация человека искажается, защитные механизмы личности усиливаются. Такие изменения и связанное с ними возникновение новой модели поведения формируют образы, которые различаются по характеру защитных механизмов, степени конфликтных тенденций и интеграции идентичности. Особенно важное значение эти процессы приобретают при достижении зрелого и преклонного возраста. Чем старше человек, тем более восприимчивым становится он к соматогенным повреждениям и тем ниже резистентность в отношении психических и социальных травмирующих факторов. Патогенные и ситуационно дестабилизирующие влияния приобретают повышенную способность воздействия [4]. Постепенно снижается работоспособность, изменяется характер деятельности и происходит перестройка внутреннего мира. Как правило, ослабевают психомоторные реакции. Изменяются быстрота реакции, движений, время реакции выбора и время, необходимое для освоения задач, требующих преодоления больших трудностей. Так же со временем ослабляются острота зрения, слуха, ловкость, сопротивляемость, изворотливость, темп работы, способность приспосабливаться, внимание, энергия и память. Вследствие этого возникает реактивная эмоциональная сдержанность, которая сочетается с ограничением интроспекции и саморефлексии. Многие значимые переменные стресса включены в профессиональную должность до того, как конкретный человек будет на нее назначен. Руководящая деятельность в системе здравоохранения подчиняется процессу все возрастающего упадка и фрагментарности, свойственных обществу в целом [3]. Родственники пациентов, в свою очередь, пытаются защитить их от социальной стигматизации и от условий пребывания в лечебном учреждении. С другой стороны, руководящие специалисты, работающие в системе здравоохранения, становятся более подотчетными и обладают меньшей властью. Таким образом, ожидания увеличиваются все больше, а ресурсы уменьшаются. Возникает конфликтная ситуация столкновения общественно-социальных интересов руководящего звена, с одной стороны, и личностных интересов персонала, пациентов и их родственников – с другой [5]. Это происходит на фоне эмоциональной неуравновешенности и «конфликтной настороженности».

Руководящие работники, начинающие свою деятельность в медицинских учреждениях, уже изначально находятся в состоянии личностного дистресса, который со временем усиливается множеством добавочных социальных и психологических факторов. Проявляется он в виде разочарования в профессии, деморализации, ухудшения состояния психического здоровья, развития склонности к употреблению алкоголя и психоактивных веществ, снижения устойчивости браков, а также постепенно нарастающих размышлений о том, чтобы оставить свою профессию.

В последние годы особенное внимание уделяется психологическому обеспечению профессиональной деятельности. Существуют работы, рассматривающие возникновение синдрома «выгорания» у медиков, работающих в звене скорой медицинской помощи, возникновение и психокоррекцию синдрома «выгорания» у врачей-психиатров. [6, 7, 9] Вместе с тем до сегодняшнего дня практически не разработанным является изучение возникновения и особенностей динамики синдрома «выгорания» у руководящих работников учреждений здравоохранения.

Имеются также данные по наличию у работников сферы здравоохранения и других проявлений невротического и психосоматического регистра. [10,11]

Все вышеизложенное послужило обоснованием нашего исследования. Было проведено комплексное исследование 200 врачей, занимающих руководящие должности в учреждениях здравоохранения г. Харькова и Харьковской области.

Исследование включало обследование с применением структурированного социометрического опросника (модификация опросника Л. И. Вассермана), диагностическое интервью и тестовые методики: личностной тревожности и реактивной тревоги Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина, опросник качества жизни (КЖ-36), шкалу депрессии Цунга, исследования акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека, опросник Айзенка.

На основании проведенных предварительных исследований нами разработана концептуальная модель медико-психологического сопровождения руководящих работников сферы здравоохранения. В основе этой модели лежит патогенетический механизм: стрес-

совая ситуация возникает тогда, когда требования превосходят имеющиеся ресурсы. Из этого следует, что необходимо либо видоизменить требования, либо увеличить ресурсы. Так как синдром «выгорания» является сверхдетерминированным, профилактику и адекватную поддержку следует проводить, учитывая все линии развития синдрома [8].

Руководящий работник подвергается аффективным воздействиям, не ко всем из которых были выработаны адаптивные стратегии поведения. Поэтому необходимо создать условия для приобретения им новых психологических навыков в определении своих отдельных эмоциональных реакций на новые социальные отношения. Источником реакций у руководящего работника служит его личная психологическая структура. Для того чтобы иметь возможность контролировать стрессовую ситуацию, он должен иметь способность переносить и понимать свои аффекты и когнитивные переживания. Поэтому разработанная система построена по интерактивному принципу, включая компоненты не директивной индивидуальной и групповой психотерапии.

Что касается психофизиологических изменений, то их коррекция представляет собой индивидуально приспособленную модель терапевтических, поддерживающих и компенсирующих мер, которые соответствуют многоплановости изменений и переплетению соматических и психосоциальных факторов. Психотерапия в данном случае, в зависимости от потребностей, проблем и способностей воспринимать, означает специально приспособленный защищающий, поддерживающий и рационально-терапевтический метод. Симптомы и личность индивидуума определяют выбор техники. Техники контроля собственного времени, выработки уверенности в себе, использование наставничества, информация о стрессе и овладение техникой релаксации значительно уменьшают отрицательные результаты социального давления на руководящего работника в системе здравоохранения. Предварительная апробация системы показала ее значительную эффективность.

Была определена структура проявлений и динамика формирования дезадаптации у лиц управленческого персонала учреждений здравоохранения. Исследованы основные социальные, психологические, личностные факторы их формирования, определены патопсихологические механизмы с принципами их уровневой стратификации.

Литература

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – Л.: Психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева. 1995. – 200 с.
2. Блюм Дж. Психоаналитические теории личности. – М.: Академ. проект. 1999. – 224 с.
3. Конфликтность в психиатрическом сообществе и пути ее урегулирования: Метод. указания для студентов, врачей, интернов/Сост. Чугунов В. В., Гавенко В. П. – Харьков: ХГМУ, 1999. – 24 с.
4. Кискер К. П., Фрайберггер Г. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. – М.: Аптека, 1999. – 503 с.
5. Halslam D. Not Another Guide to Stress in General Practice. – Sandwich. Pfizer. 1994.
6. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция. К.: Сфера, 2004. – 272 с.
7. Гавриленко М. А. Особенности синдрома «выгорания» у врачей-психиатров // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последилового образования. – Харьков, 2002. – С. 55–56.
8. Михайлов Б. В., Гавриленко М. А. Синдром «выгорания», его причины и способы коррекции // Архів психіатрії. – Київ, 2001. – № 4 (27). – С. 32–36.
9. Федак Б. С. Синдром професійного вигоряння і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. – Харків, 2009. – 20 с.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИБС

М. Б. Федак

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме: в статье изложены данные по клинико-психопатологическому и патопсихологическому изучению больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 42 до 60 лет. Соответственно с критериями Канадской ассоциации кардиологов была диагностирована у всех обследованных больных стабильная стенокардия напряжения I – III ФК. При заключительном анализе установлено достижение ожидаемых результатов по направлению изменения образа жизни, поддерживающей терапии и медико-психологического сопровождения. Удалось достичь также некоторой редукции медикаментозного сопровождения в группе обследованных. При этом большая эффективность получена в основной группе больных с ИБС, тогда как в группе сравнения полученный результат выявился только удовлетворительным. В основной группе у 76% больных ИБС наступило значительное улучшение, у 16% достигнуто незначительное улучшение, у 8% больных существенных изменений не произошло.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, тревога, депрессия, психотерапия.

Последние десятилетия в мире наблюдается постоянный рост заболеваемости и распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), среди которых ведущее место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Многочисленные исследования, в настоящее время, посвящены психосоматическим аспектам, которые подчеркивают патогенетическую значимость в развитии заболеваний ССС, в том числе и ИБС. Это обуславливает важность изучения состояния психической сферы больных с ИБС и разработки патогенетически обусловленных лечебно-реабилитационных программ медико-психологической направленности (М. В. Маркова, 2008, В. С. Подкорытов 2011, Б. В. Михайлов 2010).

По данным А. Б. Смугевича (2010) у 25% больных с заболеваниями системы кровообращения наблюдаются тревожно-депрессивные нарушения эмоциональной сферы. Такое положение обусловило формирование концепции психокардиологии, которое обосновывает важность дальнейшего изучения психосоматических и соматопсихических соотношений у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (D. Koszykietal, 2004).

Все перечисленное обусловило обоснование проведенного нами исследования, целью которого было определение состояния психической сферы больных с ИБС и разработка системы их психокоррекционных мероприятий.

Контингент и методы исследования.

В обследование вошло 65 больных с ИБС, 44 мужчины и 21 женщина в возрасте от 42 до 60 лет, средний возраст составил 48,6 лет, которые вошли в основную группу. В группу сравнения вошли 48 больных с артериальной гипертензией (АГ) без признаков ИБС, 27 мужчин и 21 женщина в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил 46,5 лет.

Исследование было построено по лонгитудинальному дизайну. Были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический (шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. А. Ханина), статистический.

Клинический анализ показал, что психопатологическая симптоматика больных в основной группе структурировалась наиболее часто в виде таких синдромов: астено-депрессивного – 18%, тревожного – 46%, фобического – 17%, астено-ипохондрического – 10%.

В группе сравнения выявлялась следующая картина: астено-депрессивный синдром составил 20%, тревожный – 51%, фобический – 19%, астено-ипохондрический – 10%.

У части пациентов выраженность и динамика психопатологической симптоматики позволяет идентифицировать ее на нозосиндромальном уровне, а именно: депрессивное расстройство органического происхождения диагностировано у 16% пациентов, органическое эмоционально-лабильное расстройство – у 11%, расстройство адаптации в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции – у 19%.

При психодиагностическом исследовании получены следующие результаты.

По данным методики Гамильтона у исследованных больных с ИБС и АГ установлен высокий уровень депрессии ($64,2 \pm 1,07$ и $52,0 \pm 1,05$ баллов соответственно). При этом у пациентов основной группы преобладали эмоции тревожно-депрессивного спектра: тревога – $97,1 \pm 1,7\%$, грусть – $95,7 \pm 2,0\%$, досада – $91,4 \pm 2,8\%$, расстройство – $87,1 \pm 3,4\%$, скука – $80,0 \pm 4,0\%$, а у обследованных группы сравнения – эмоции тревожно-депрессивного спектра: страх – $98,6 \pm 1,2\%$, тревога – $95,7 \pm 2,0\%$, испуг – $90,0 \pm 3,0\%$, скука – $87,1 \pm 3,4$, ужас – $85,7 \pm 3,5\%$, грусть – $84,3 \pm 3,6\%$ и отчаяние – $62,7 \pm 4,8\%$. У обследованных группы сравнения показатели депрессии были клинически не очерченными ($39,7 \pm 2,01$ баллов); кроме того, у них доминировали позитивные эмоции: доверие – $81,4 \pm 0,7\%$, удовольствие – $64,1 \pm 0,2\%$, симпатия – $61,5 \pm 0,5\%$, уверенность – $57,9 \pm 3,1$, радость – $51,9 \pm 1,2\%$.

По данным методики Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина выявлено высокий уровень как личностной тревожности, так и реактивной тревоги у большинства пациентов основной группы. У больных с ИБС они составили $54,4 \pm 1,02$ и $49,8 \pm 1,29$ бала соответственно, и несколько выше, чем у пациентов с АГ – $48,4 \pm 1,06$ и $46,8 \pm 1,79$ баллов, соответственно. Для обследования обеих групп были характерны тревожные опасения в отношении своего здоровья (прогрессирование болезни, возникновение инфаркта миокарда, повторных приступов и т.д.) и социальной адаптации с учетом влияния заболевания.

Таким образом, ведущими патогенетическими звеньями формирования психопатологической симптоматики были нарушения эмоциональной сферы тревожного и депрессивного уровня.

На основании полученных результатов была сформирована система психотерапевтической коррекции, которая построена по мультимодальному принципу.

Основными компонентами были суггестивная психотерапия с переходом на дальнейших этапах на аутогенную тренировку (АТ), – направленная на сомато-вегетативный компонент. Относительно нарушений эмоционально-аффективной сферы в виде депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств применялись когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ).

Система психотерапевтической коррекции стратифицировалась по этапному принципу.

I этап мотивационный – начинался с первых минут пребывания больного в стационаре и был направлен на формирование комплаенса и профилактику ятрогений путем краткосрочной психокоррекционной (ПК) интервенции при помощи рациональной психотерапии, милиотерапии и элементов семейной психотерапии (до 5 сеансов). Результат: формирование первичного комплаенса и мотивации к лечению;

II этап психодиагностический – во время пребывания пациента в отделении (до 2 сеансов) – определение «мишеней» ПК влияния с помощью предложенного психодиагностического инструментария. Результат: определение мишеней ПК влияния;

III этап основной терапевтический – на стадии амбулаторного лечения (до 5 сеансов) – активная ПК интервенция, которая направлена на создание условий смены активной жизненной стратегии путем осознания содержания жизни, наличия важной стратегической цели, что позволяло преодолевать множество жизненных трудностей. Результат: достижение позитивной динамики эмоционального состояния больных; осознание больными связи причин и проявления патологических состояний с особенностями их личности и поведения, конфликтами, нерешенными эмоциональными проблемами; коррекция масштаба переживания болезни, ее социальной значимости; перестройка системы отношений больного, реадaptация в макро- и микросоциальном окружении. Включала индивидуальную (2 сеанса) и групповую (5 сеансов) психотерапию.

IV этап поддерживающий – на стадии амбулаторного лечения, включал 2 сеанса индивидуальной психокоррекции, которые направлены на сопровождение изменения жизненной стратегии. Результат: закрепление достигнутого психотерапевтического результата, формирование навыков психической саморегуляции, появление скорректированной системы жизненных целей, ценностей, отношение к болезни, своему «Я» и окружению;

V этап завершающий – на стадии амбулаторного лечения, включал до 7 сеансов индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции, которые были направлены на закрепление предыдущих навыков по изменению жизненной стратегии, склонности к терапии, и улучшения качества жизни, с использованием того же ПК инструментария.

При заключительном анализе установлено достижение ожидаемых результатов по направлению изменения образа жизни, поддерживающей терапии и медико-психологического сопровождения. Удалось достичь также некоторой редукции медикаментозного сопровождения в группе обследованных. При этом большая эффективность получена в основ-

ной группе больных с ИБС, тогда как в группе сравнения полученный результат выявился только удовлетворительным.

У 76% больных ИБС наступило значительное улучшение, у 16% достигнуто незначительное улучшение, у 8% больных существенных изменений не произошло.

Литература

1. Маркова М.В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу/М.В. Маркова.//Неврология и психиатрия.– 2008.– № 243.– С. 71–74.
2. Марута Н.А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств/Н.А. Марута//Здоров'я України.– 2008.– № 7/1 (додатковий).– 5 с.
3. Марута Н.А. Депрессии в общесоматической практике: Справ. Пособие для врачей первичной медико-санитарной сети/Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур.– Киев. 2009.– 30 с.
4. Михайлов Б.В. Соматоформные расстройства: Клиника, диагностика, принципы терапии/Б.В. Михайлов, Е.И. Кудинова//Архів психіатрії: – 2010, Т. 16, вип. 3 (62).– С. 8–13.
5. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні/Видавець Д.В. Строков//Інформаційно – аналітичний огляд за 2000–2010 рр.– Харків, 2011.– 173 с.
6. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії (2-е видання, перероблене та доповнене)/За ред. д.м.н., проф. Підкоритов В.С.//Довідник лікаря «Психіатр» – К.: ТОВ «Доктор – Медік», 2011.– 292 с.
7. Табачников С.І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України//Міжнародний психіатричний журнал. – 2007. Т.І, № 1. – С. 5–7.
8. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення/Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О.//Український вісник психоневрології. – 2010, Т. 18, вип. 3 (64).– С. 10–14.
9. Чабан О.С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х): методичні рекомендації/О.С. Чабан, О.О Хаустова, О.Ю. Жабенко.– Київ, 2009.– 40 с.

ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ З ІХС

М.Б. Федак

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме: у статті викладені данні о клініко-психопатологічному та патопсихологічному вивченню хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) у віці від 42 до 60 літ. Відповідно з критеріями Канадської асоціації кардіологів у всіх обстежених хворих було діагностовано стабільну стенокардію напруження I – III ФК. При заключному аналізі встановлено досягнення очікуваних результатів, по спрямованості зміни образу життя, підтримуючої терапії та медико-психологічного супроводу. Також вдалось досягнути де якої редукції медикаментозного супроводу у групі обстежених. При цьому більша ефективність отримана у основній групі хворих з ІХС, тоді, як у групі порівняння отриманий результат виявився тільки задовільне ним. В основній групі у 76% хворих з ІХС наступило значне покращення, у 16% досягнуто не значне покращення, у 8% хворих значних змін не відбувалося.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, тривога, депресія, психотерапія.

THE PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF PSYCHIC DISTURBANCES ON CORONARY HART DISEASE PATIENTS

M. B. Fedak

Kharkiv medical academy of postgraduate education

Sumary: the results of clinic – psychopathologic and pathopsychologic investigations on coronary hart disease patients 42–60 age are note in this article. On the Canadion cardiology association all patients has been diagnosed as stabile coronary hart disease I – III FC. The conclusive analisis was shown prognosed resultes of life-stile changing, supportive therapy and medical – psychology intervention.

The main efficacy grounded in investigated group compared control group.

76% coronary hart disease patients had best results, 16% – middle level, 8% – without changing.

Keywords: ischemic hart disease, arterial hypertension, anxiety, depression, psychotherapy.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ

И. В. Ганзин, В. В. Ганзина

Резюме: в статье представлен анализ психосоматических корреляций при соматоформных вегетативных дисфункциях с позиций клинико-психоаналитического, клинико-феноменологического и клинико-психологического подходов.

Ключевые слова: психологические взаимоотношения, соматоформные дисфункции.

Проблема психосоматических взаимоотношений является центральной в психосоматике. Это обусловлено, с одной стороны, принципиально важным теоретическим значением проблемы, требующей мультидисциплинарного подхода, и, с другой стороны, ведущим прагматическим аспектом в плане терапии и психологической реабилитации. [1–12] Психосоматические взаимоотношения – это подход позволяющий ответить на ряд взаимосвязанных вопросов: почему у данного пациента с его индивидуальными психологическими особенностями и психодинамическими проблемами в данный момент времени, на фоне специфических психотравмирующих моментов, развивается конкретный вид психосоматического расстройства. [7,8,12–23].

Целью настоящего исследования является анализ психосоматических соотношений при соматоформных вегетативных дисфункциях

Материал исследования включают 70 больных. Из них 20 больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечнососудистой системы (F45.31 F45.32)? 10 больных с дисфункцией дыхательной системы (F45.33), 10 больных с дисфункцией урогенитальной системы и 10 больных с дисфункциями другого органа или системы (F45.38), из них: кожной системы – 6; костно-мышечной – 4. Во всех группах подобрано одинаковое количество мужчин и женщин, соответственного возраста от 25 до 35 лет (средний возраст – 28,3±2,1 лет), не страдающих хроническими соматическими заболеваниями, коморбидными зависимостями.

Методы исследования: клинико-психоаналитический, клинико-феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-психологический.

Результаты исследования.

I. В соответствии с нашей концепцией, для анализа и прогнозирования психосоматических соотношений необходим учет следующих факторов:

1. Психологическая типология личности. Нами использовался подход Н. Мак-Вильямс [13].
2. Ведущие механизмы психологической защиты. Анализ применяемых защитных механизмов в зависимости от особенностей психогенных факторов.
3. Построение для каждого пациента градуированной типологической схемы психогений, с указанием наиболее субъективно значимых с минимально развитыми копинг-стратегиями к адаптации.
4. Изучение характера действующей психогении.
5. Выявление органа или системы с высокой предрасположенностью психосоматического реагирования. Последняя предполагает учет функционально слабой системы, изучение анамнеза на предмет выявления заболеваний, травм, а также психологической отягощенности по той или иной патологии в семейных мифах (например: смерть от инфаркта миокарда у мужчин после 40 лет; инсульт по женской линии после 50 лет; онкозаболевания).
6. Психоаналитический поиск жизненных событий пациента обусловленный: а) предрасположенностью к психосоматическому реагированию того или иного органа (вытесненное переживание подвергшееся первичной (детской амнезии); б) высокую значимость той или иной психологической вредности.
7. Изучение глубинной семантики переживаний пациента посредством анализа психолингвистики речи и психосемантики языка тела. Выявление аффективного компонента переживаний, коммуникативного послания к окружению с помощью психосоматических симптомов.

Рассмотрим все указанные факторы в отдельных видах соматоформных вегетативных дисфункций.

II. Психосоматические корреляции соматоформных вегетативных дисфункций.

2.1. Сердце и сердечнососудистая система.

Для пациентов данной подгруппы характерна напряженность и нагруженность объектных отношений аффектами, тревожность, гиперответственность, рассмотрение отношений с позиций власть/подчинение, высокие амбиции, гордыня, стенический характер эмоций, с культивированием решения межличностных, социальных и семейных проблем методом «наезда». Для всех пациентов характерна алекситимия, на фоне достаточной коммуникативной компетентности, что обусловлено приматом интеллектуального над эмоциональным. Пациентам свойственны дистантные отношения с родителями, идентификация с отцом по причине отторжения эмоционально уплощенной или сверхзанятой, доминирующей в семье матери, наличие в семейном мифе отягощенности по заболеванию сердца и сосудов по мужской линии. И поэтому пусковым моментом являются болезнь или смерть значимых лиц с соответствующей патологией. Из защитных механизмов можно выделить рационализацию, интеллектуализацию, смещение аффекта, блокирование и изоляцию, что обуславливает высокий уровень коморбидности тревоги и obsesий. Для всех пациентов характерны эпизоды пубертатной вегето-сосудистой дистонии на фоне психологических проблем занятия должного места в иерархии микросоциальной группы, болезненное реагирование на проявление несправедливости в толпе. Из ранних переживаний типичны воспоминания пережитых несчастных случаев (аварии, стихийные бедствия), несправедливого наказания, острого чувства вины. Ситуациями, запустившими настоящее невротическое заболевание, были: работа в режиме цейтнота, болезни близких, несоответствие возможностей и поставленных задач, болезненное столкновение с бездумной мощью государственной машины (комиссии, проверки, судебные тяжбы).

Глубинные переживания больных наполнены страхом недостаточного уровня компетентности/статусности, нетерпением, подавленной злостью и агрессией, острой потребностью взять паузу, при опасении потерять контроль над ситуацией, стать ненужным.

2.2. Желудочно-кишечный тракт.

Пациенты данной подгруппы характеризовались склонностью к блокированию и накоплению негативных эмоций, «проглатыванию» обид, высоким чувством тревожности, выраженным депрессивным радикалом, наличием в анамнезе субдепрессивных эпизодов с соматизированной желудочно-кишечной симптоматикой. Для больных характерно сочетание высокодифференцированных (сублимация, рационализация, сарказм, самоирония) и примитивных психологических защит (вытеснение, отрицание, проекция, интроекция), что обуславливает высокий процент коморбидных депрессивных расстройств и конверсивной симптоматики. Значимой психологической проблемой были соотношения брать/давать, что обусловлено острым ощущением недолюбленности в детстве (старшие дети в семье, «золушки», нарциссичность либо диссоциативность родителей). Для больных характерна заниженная самооценка, жесткая самокритика, при желании «делать добро» и быть благодаря этому в центре внимания. В то же время, им свойственна мелочность, обидчивость, фантазийная мстительность, что определяет в структуре личности наличие полярных тенденций и обуславливает соответствующие отражения в симптоматике (диарея/запор, анорексия/булимия, похудение/ожирение) без определенных закономерностей течения расстройства. Для семей больных характерны полярности: культ еды/полное игнорирование основ нормального питания. Частыми являются детские воспоминания страхов и борьбы с гельминтами, социальные фобии в связи с эпизодом поноса в ненужное время и в неудобном месте, унижение от клизм в связи с запорами, случаи эксцессов поедания чего-либо с угрозой наказания, чувства вины или негативными физиологическими последствиями. Событиями иницирующими соматоформное расстройство являются те, которые вызывают чувство страха (рискованный бизнес, угроза безработицы, ухудшение отношений с объектами зависимости) или агрессии, канализирующуюся преимущественно в аутоагрессивную соматизированную депрессию. Глубинная семантика болезненной симптоматики, носящая преимущественно приступообразный характер (спазмы, приступы боли, понос, тошнота, рвота, жжения) отражает крик отчаяния, потребность принятия с «кормлением» положительными эмоциями, угрозу дестабилизации и потери существующих источников энергии, душевную боль и усталость от биполярных метаний в канализации агрессии.

2.3. Дыхательная система.

В подгруппе преобладают пациенты с выраженными зависимыми, мазохистическими, нарциссическими чертами. Их объектные отношения наполнены симбиотической зависимостью от объекта, низкой самоидентичностью, астеничными эмоциями, элементами психофизического инфантилизма. Среди механизмов психологической защиты заметно выделяются проективные идентификации, диссоциация, конверсия, блокирование, фантазирование. Для пациентов характерно избегание ситуаций повышенного требования напряжения, где можно «выдохнуться», свойственна тенденция к бережному накоплению и лелеянию обид («дуться»), низкая толерантность к сильным эмоциональным переживаниям («задохнуться от»). В семейном анамнезе присутствуют нередкие указания на бронхиальную астму, опыт утопления, тяжелая асфиксия в родах. Для раннего детства характерны воспоминания – фантазмы, что мать хотела задушить в объятиях, движимая неумелым желанием успокоить синюющего от крика ребёнка. Типичны детские страхи с экстрасенсорными воспоминаниями, от которых «захватывает дух», характерно болезненное осознание тяжести человеческого бытия, и, поэтому, провоцирующим настоящее невротическое состояние моментом, была неожиданная «застигающая врасплох» информация о давно очевидных тенденциях, которые не хотели видеть, или ситуации с малейшим намёком на опасность. Глубинная семантика переживаний представляет собой вопиющий крик о помощи, сдавленный по причине сложности принятия помощи, (чувство униженности, неумение и нежелание давать что-либо взамен, угроза собственному статусу, бегство в болезнь от проблем). Наиболее часты коморбидные состояния – тревожные, конверсивно-диссоциативные.

2.4. Урогенитальная система.

Для пациентов данной группы характерно наличие шизоидного, нарциссического, зависимого, психастенического радикала. Объектные отношения характеризуются двойственностью, обусловленной недоверием и неудовлетворённостью окружением по причине фрустрации завышенных амбиций и притязаний, наивных мечтаний и нерациональности желаний. Из механизмов психологической защиты можно выделить: проективную идентификацию, проекцию, интроекцию, идеализацию и обесценивание, реактивные образования и изоляция, чем обусловлен высокий уровень обсессивно-компульсивной, тревожной и депрессивной коморбидной патологией. Для пациентов характерны указания на частый энурез в детстве, отклонения в обе стороны от нормального полового созревания, что выступило в качестве психотравмы (ранние или слишком поздние первые поллюции, наступление первых menses, развитие вторичных половых признаков). Практически все пациенты подгруппы помнят ужасные истории воспитателей о фатальных последствиях мастурбации. Фигуры родителей характеризовались недостижимостью, эмоциональной холодностью, гиперрационализмом. Первым травматическим воспоминанием в связи с этим является чувство вины, стыд и брезгливость за невозможность полного контроля своих физиологических отправлений, что вызовет разочарование родителей и окончательную потерю их любви. В настоящем моменте, способствующим манифестации невротического расстройства, являлись хронические фрустрации в сфере любовных отношений, чувство одиночества, заброшенности, собственной неудачливости, малоценности, производственные проблемы со снижением статуса, неудачные проекты. Глубинная семантика переживаний выражает боль и отчаянную надежду обрести понимание, поддержку, придти к само-реализации во всех аспектах.

2.5. Кожная и костно-суставная система.

Для пациентов с кожными расстройствами характерно высокая сенситивность, шизоидный и нарциссический радикал, депрессивность и мазохистичность; для больных с костно-суставными проблемами: параноидность, гиперчувствительность, маскирующая психастеничность и зависимость. Объектные отношения характеризуются в первом случае: незрелостью, недоверием, стремлением удерживать дистанцию; во втором: амбивалентностью эмоций, стремлением к независимости при переоценке собственных возможностей. Для кожных расстройств характерен выраженный экссудативный диатез в детстве, для второй подгруппы – мочекислый диатез, частые травмы. Первая подгруппа – дети с холодными жестокими родителями, воспитывающиеся в запущенности, нередко с физическим насилием; вторая – дети, перегруженные амбициозными планами своих родителей, выполняющие их на пределе сил. Указанные моменты отражают специфику ранних травматических воспоминаний. Пусковым моментом для первой подгруппы служат ситуации повышенной эмоциональной нагрузки, в связи со значимыми изменениями в жизни; во втором – хронические истощающие психогении «несение непосильной ноши, которую нельзя бросить».

Глубинная семантика переживаний отражает, в первом случае, потребность в эмоциональном принятии и комфорте, во втором – острую потребность в психологическом отдыхе, разгрузке, уменьшение обязанностей без угрозы лишиться признания и любви.

Заключение.

Разработанная нами типология позволяет осуществлять многофакторный анализ психосоматических взаимоотношений при соматоформных вегетативных дисфункциях. Изучение психосемантических взаимоотношений позволяет прогнозировать развитие процесса соматизации по тому или иному пути, даёт ключевые моменты для успешного осуществления психодинамических аспектов реабилитационного процесса. Учитывая небольшую величину наблюдений, результаты настоящего исследования не претендуют на выделение в качестве частных критериев, а лишь обуславливают основные тенденции, нуждающиеся в дальнейшей проверке и разработке.

Литература

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНЫ – 1999 г. – 376 с.
2. Бурлачук А. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. Психотерапия. Психологические модели. – СПб «Питер» – 2009–496 с.
3. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб «Питер» 2000
4. Клиническая психология. Под ред. Б. Д. Карвасарского СПб «Питер» 2006. – 960 стр.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. – М.: «Эксмо» – 2005–992 с.
6. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М – 2000 г.
7. Ганзин И. В. Клиническая лингвистика. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах. – Симферополь, изд. ЧП «Феникс», 2011, 400 страниц.
8. Гельдер М. Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: изд-во «Сфера» – 1997 – в двух т.
9. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980. – 180 с.
10. Ковалев В. В. Взаимодействие личности и болезни при психосоматической патологии // Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез. докл. – М. – 1988. – С. 43–44.
11. Лебедев Б. А., Крылов В. И., Незнамов И. Г. Значение биологических и психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни при ИБС // Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез. докл. – М., 1988. – С. 50.
12. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – С. 37–68.
13. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимания структуры личности в клиническом процессе. – М «НФ Класс» – 1998–480 с.
14. Манойлов А. Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики. – Челябинск. – 2004–24 с.
15. Овсянников С. А., Циганков Б. Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. – М. «Триада – Фарим». 2001–100 с.
16. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Прогресс – Универс, 1999. – 480 с.
17. Самохвалов В. П. Эволюционная психиатрия. – Симферополь: ИМИС-НПФ Движение Лтд., 1993. – 286 с.
18. Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 183 с.
19. Соложенкин В. В., Гузова Е. С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. – № 2. – С. 18–25.
20. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М.: изд-во института психотерапии. – 2005–496 с.
21. Ташлыков В. А. Механизмы соматизации внутренней картины болезни при неврозах // Акт. пробл. соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 259–261.
22. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина 1986–384 с.
23. Чудновский В. С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях // Клин. аспект самосознания при псих. заболеваниях в связи с вопр. диагностики, лечения и реабил. – Куйбышев: Изд. Куйбыш. мед. ин-т, 1982. – С. 3–18.

**ПСИХОСОМАТИЧНІ ВЗАЄМОВІДНОСИНИ
ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ**

Ганзін І. В., Ганзіна В. В.

У статті представлено аналіз психосоматичних взаємовідносин при соматоформних вегетативних дисфункціях з позицій клінічно-психологічного, клінічно-феноменологічного й клініко-психоаналітичного підходів.

Ключові слова: психосоматичні взаємовідносини, соматоформні дисфункції.

PSYCHOSOMATIC INTERRELATIONS IN SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION

I. V. Ganzin, V. V. Ganzina

In this article analysis of psychosomatic interrelations in somatoform vegetative dysfunctions are presented from positions of clinic-psychosomatic, clinic-psychological and clinic-phenomenological approaches.

Key words: psychosomatic interrelations, somatoform dysfunctions.

**КОМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА
С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА**

А. Х. Дурягина

ГУ КГМУ имени С. И. Георгиевского

Расстройствам аффективного спектра в общей медицинской практике в настоящее время уделяется огромное значение. Неспецифические субаффективные, астено-депрессивные, астенические (церебрастенические) нарушения выявляются практически при любых формах соматической патологии (Краснов В. Н., 2011) [1]. Существует широкий спектр симптомокомплексов, принадлежащих с одной стороны к неврологии, с другой стороны к психиатрии. Например, хронический болевой синдром [2], астенія со своим разнообразием симптомов от повышенной утомляемости и раздражительности до синдрома хронической усталости, головокружения, вегетативные и тревожно-вегетативные состояния, астено-депрессивные и тревожно-депрессивные симптомокомплексы. Отдельного внимания требуют соматоформные расстройства, на развитие которых оказывает влияние сочетание психогенных механизмов и скрытых аффективных или субаффективных нарушений. Следует отметить, что результаты современных международных исследований указывают на сходство механизмов депрессий органической и соматогенной природы, психогенных и эндогенных аффективных состояний. С позиций современной нейроморфологии, во всех случаях оказываются вовлеченными в патогенез расстройств и компенсаторное восстановление сходные нейрорецепторные и нейромедиаторные изменения. С точки зрения ряда ученых абсолютизация «первичного» и вторичного», «эндогенного» и «симптоматического» малопродуктивна при рассмотрении расстройств аффективного спектра [1]. Диагностические рамки расстройств аффективного спектра, развивающихся при соматических заболеваниях

расплывчаты, на наш взгляд наиболее простым решением данной проблемы является отнесение данных состояний или к расстройствам адаптации при соматическом заболевании или к дополнительному диагнозу при соматическом заболевании. Изучение данной проблемы нуждается в профессиональном взаимодействии психиатров и врачей соматического профиля. Отдельное внимание необходимо уделять состоянию психического здоровья разных слоев населения в связи с высокой стрессогенностью социума, высоким ритмом жизни и чрезмерной эмоционально-психологической нагрузкой с которой приходится сталкиваться современному человеку.

Например, по мнению Ю.А. Александровского (1991), [3] психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья. Если уровень психической адаптации соответствует уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, можно говорить о «норме».

В общей врачебной практике распространенность пограничных психических расстройств колеблется от 30 до 65% (Семке В.Я., Положий Б.С., 1998; Александровский Ю.А. 2000). По их данным пограничные психические расстройства чаще встречаются на фоне соматических заболеваний и реже – в «чистом виде». По данным Н.А. Корнетова (2000), В.Н. Краснова (2011) [1], наиболее многочисленными заболеваниями, с которыми встречаются врачи всех специальностей, являются депрессивные расстройства. В среднем частота депрессии среди пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, варьирует в пределах 22–33% и в некоторых странах превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертония (Katon W., 1988, 1990; Moldin S.O., 1993; Montano B.C., 1994). По прогнозу Гарвардской школы здравоохранения – депрессивные расстройства к 2020' году будут занимать 2-е место после ИБС в структуре заболеваемости, причин снижения трудоспособности и инвалидизации (цитир. По Смулевич А.Б., 2001) [4].

Однако актуальность, проблемы депрессий, выявляемой в общей практике, связана не только с их распространенностью. Одной из причин формирования депрессивных расстройств являются коморбидные заболевания внутренних органов и систем [5,6]. Независимо от типологической структуры неблагоприятно, как наличие соматической патологии, так и влияние депрессии на коморбидную соматическую патологию, что во всех случаях осложняет клиническое течение и лечение соматического больного. (Moldin S. O., 1993; Evans D. L. et. al., 1997) (цит. по Луханина Т.В.) [7].

Данные официальной статистики свидетельствуют, что около 1,2 млн жителей Украины страдает от расстройств аффективного спектра разной степени тяжести. В то же время реальная статистика данных расстройств в Украине очень приблизительна. Так, ещё не так давно пик заболеваний депрессией приходился на возраст между 30 и 40 годами, но на сегодняшний день депрессия резко «помолодела» и ей часто заболевают люди до 25 лет. Одной из наиболее частых причин развития расстройств аффективного спектра в этом возрасте является состояние длительного психоэмоционального напряжения, более известного под названием хронический (органический) стресс. В настоящее время описаны нейростоматологические заболевания, имеющие в своем генезе психогенные компоненты [8–12].

Целью нашего исследования было изучение эмоционального состояния студентов стоматологического факультета.

Задачи исследования:

1. Оценить эмоциональное состояние студентов в период сессии.
2. Выявить расстройства аффективного спектра у студентов.
3. Выявить наличие стоматологических заболеваний у студентов.
4. Изучить взаимосвязи стоматологической патологии и расстройств аффективного спектра.

Объект исследования: Студенты 2 и 3 курсов стоматологического факультета в возрасте 18–21 год.

Методы обследования: клинические и психопатологические. Обследование проводилось после подписания информированного согласия на проведение всех необходимых процедур в рамках данного исследования.

Клинические обследования проводились согласно «Протоколов оказания медицинской помощи больным » по стоматологии (приказ МОЗ № 566 от 23.11.2004). Для оценки психического состояния и установления психиатрического диагноза использовался традиционный клинико-психопатологический метод. С целью выяснения особенностей и степени выра-

женности психопатологической симптоматики проводилось клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование больных с помощью ряда психометрических шкал, таких как шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Для оценки преморбидных личностных особенностей применялся опросник многостороннего исследования личности (MMPI) и определение уровня тревожности Спилберга – Ханина.

Данные исследования заносились в разработанную нами специальную карту обследования. Содержание карты определялось целями и задачами исследования, и включало в себя несколько частей – демографические, анамнестические, социально-психологические характеристики, стоматологический статус.

Результаты исследования:

Анализ синдромологической структуры выявляемых психических нарушений позволил выделить 5 ведущих симптомокомплексов:

- 1 – депрессивный у 44 человек (40,7%)
 - а) астено-депрессивный у 9 человек
 - б) деперсонализационно-депрессивный у 17 человек
 - в) тревожно-депрессивный у 18 человек;
- 2 – дисморфофобический у 24 человек (22,2%);
- 3 – тревожно-фобический у 18 человек (16,7%);
- 4 – истерический у 6 человек (5,6%);
- 5 – астенический вариант психоорганического синдрома у 16 человек (14,8%).

Среди расстройств аффективного спектра преобладали легкие депрессивные расстройства и составляли 40,7% от общего числа обследованных. При оценивании состояния психологического здоровья по шкалам Гамильтона выявлено превалирование депрессивных симптомов. Так из 112 студентов 2 курса у 30 человек (14 юношей, 16 девочек) наблюдаются симптомы депрессии. Состояние тревожности (шкала Спилберга-Ханина) определяется у 2-х студентов (девушек). При обследовании 102 студентов 3 курса депрессивное состояние выявлено у 22 (из них 16-девушки, 6-юноши), состояние тревожности у 3 (девушки). Легкие расстройства депрессивного спектра (9 баллов и выше) выявлены у 52 человек, что составило 24,3% от общего числа обследованных, состояния тревожности (3 балла и выше) – у 5 человек (2,3%). Следует отметить, что наличие данных симптомов оказывало значительное влияние на адаптацию студентов, снижало работоспособность, успешность в обучении.

Стоматологические заболевания выявлены у 63 студентов, что составило 29,4% от общего числа обследованных. Из них 23 (10,7%) студента с патологией пародонта – хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) и 40 (18,7%) – с патологией СОПР – лейкоплакией Пашкова (ЛП). Следует отметить, что у студентов с наличием симптомов депрессивного спектра 6 (3 девушки и 3 парня) – 26,08% выявлена патология пародонта – хронический катаральный гингивит (ХКГ) на фоне удовлетворительных показателей гигиены полости рта (ИГ=2,0–2,2). Среди студентов с патологией слизистой полости рта СОПР – лейкоплакией Пашкова (ЛП), (40 человек) симптомы депрессивного спектра выявлены у 16 обследуемых – 40%. Наличие сочетанной патологии пародонта и СОПР выявлено у 4-х студентов, что составляет 6,3%.

Заключение

Анализируя результаты обследования, мы установили корреляционную связь между стоматологическим здоровьем пациента и его эмоциональным состоянием. Необходимо отметить, что при анализе этиопатогенетических факторов формирования расстройств аффективного спектра, выявлено, что механизм развития данных расстройств у пациентов с патологией полости рта полиэтиологичен. На формирование расстройств аффективного спектра у данной категории пациентов оказывают влияние несколько типов факторов, ведущими среди которых являются – психогенные (существование психотравмирующей ситуации, проблемы в семье, финансовые трудности и др.) и личностные (преморбидные личностные особенности).

На основании полученных данных представляется целесообразной разработка мероприятий для обеспечения психологической поддержки студентов в период обучения в университете.

Литература:

1. В. Н. Краснов Расстройства аффективного спектра. – М: Практическая медицина. – 2011. – 432 с.
2. Аведисова А. С., Протасенко Т. В. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом. // Тез. докладов Российской научно-практической конференции «Клинические и теоретические аспекты боли». – М. – 2001. – С. 121.
3. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак А. И. и др. Психогении в экстремальных условиях. – М: Медицина, 1991.
4. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. – М.: Медицинское информационное агенство. – 2001. С 56–72.
5. Сукиасян С. Г., Манасян Н. Г., Чшмаритян С. С. Соматизированные психические нарушения // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2000. – № 2 – С. 57–61
6. Тополянский В. Д., Струковская МВ. Психосоматические расстройства. М., – 1986. – С. 308–340.
7. Луханина Т. В. Оценка психо-эмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: диссертация ... кандидата медицинских наук: 19.00.04/ – Москва ГОУВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», – 2009. – 140 с
8. Айер У. Психология в стоматологической практике. – СПб: Питер, 2008. – 224 с.
9. Пузин М. Н. Нейростоматологические заболевания. М.: Медицина, 1997–368 с.
10. Рожнов В. Е., Максимовский Ю. М., Райнов Н. А., Слуцкий А. С. Значение изучения психического статуса больного в клинике терапевтической стоматологии // Стоматология. – 1988. – Т. 67, № 3. – С. 21–22.
11. Castera M. I. Stomatodinia and depressive syndrome / M. I. Castera // Rw. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1990. – 91 S. I: 124–6.
12. Pokupec-Gruden JS, Cekić-Arambasin A, Gruden V. Psychogenic factors in the aetiology of stomatopyrosis. // Coll Antropol. 2000 Jul; 24 Suppl 1: 119–26.

**КОМОРБІДНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА
З РОЗЛАДАМИ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ**

Л. Х. Дурягіна

ДУ КДМУ імені С. І. Георгієвського

Проведено вивчення емоційного стану студентів стоматологічного факультету. Серед розладів афективного спектру переважали легкі депресивні розлади і становили 40,7% від загального числа обстежених. Стоматологічні захворювання виявлено у 63 студентів, що склало 29,4% від загального числа обстежених. З них 23 (10,7%) студента мали патологію пародонту – хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) та 40 студентів (18,7%) мали патологію слизової оболонки порожнини рота – лейкоплакію Пашкова (ЛП). Встановлено кореляційні зв'язки між стоматологічним здоров'ям пацієнта та його емоційним станом. Рекомендовано розробити заходи для забезпечення психологічної підтримки студентів у період навчання в університеті.

COMORBIDITY THE DENTAL DISEASES AND THE AFFECTIVE DISORDERS

L. H. Duryagina

Crimean State Medical University named S. I. Georgievsky

The study of the emotional state of students dental faculty was done. Mild depressive disorders was dominated among the affective disorders spectrum (the 40.7% of the total surveyed). Dental disease was identified in 63 students (29.4% of the total surveyed). There are 23 (10.7%) students with periodontal pathology – chronic catarrhal gingivitis (CCG) and 40 (18.7%) – with the pathology RBCU – Pashkov leukoplakia (LP). Correlation was detected between dental diseases of patients and their emotional state. The psychological supports for students during their studies at university were recommended.

О РОЛИ БИОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАКОНА И СХЕМЫ ПОДОВИЯ В БИОЛОГИИ, ЭВОЛЮЦИОННОЙ ПСИХИАТРИИ, ГЕНЕТИКЕ (ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ)

начало статьи в предыдущем номере

М. Ю. Кичанов

КУ «Кировоградская областная психиатрическая больница»

Светлой памяти проф. А.А. Коробова посвящается эта статья.

Резюме. Рассматриваются базисные вопросы антропогенеза с учетом их синхронизированной взаимосвязи с вопросами динамики развивающейся среды обитания. Изучается вопрос о реальности существования в прошлом Атлантиды и Гипербореи, как затонувших территорий, имевших прямое отношение к антропогенезу. В противовес окончательно скомпрометировавшему себя обезьяноподобному предку человека по Ч. Дарвину постулируется еще один новый эволюционный персонаж – медведеподобный предок человека из среды четвероногих динозавров. Впервые выстраивается последовательная карта-схема происхождения и распространения человека по всем материкам планеты. Предлагается разделение эволюционных исследований в психиатрии на два раздельных потока с их мирным сосуществованием и объединением усилий в поисках новых подходов к диагностике и лечению психических заболеваний.

«Несомненно, что по уму эти животные (медведи – прим. авт.) занимают выдающееся место в ряду других зверей»

А. Э. Брэм, 1992:305

Часть 2.

Изложение результатов поиска на всех материках планеты истинного предка человека с настойчивым постулированием происхождения человека непосредственно и конкретно от двуногих бесхвостых динозавров в противовес ошибочному положению теории Ч. Дарвина о происхождении человека от абстрактного обезьяноподобного предка.

Итак, в первой части данной статьи был сделан вывод о том, что предок человека до сих пор достоверно не установлен. И было предложено искать истинного предка человека на всех материках планеты. Фактически речь идет о том, что, несмотря на устоявшиеся за последние 100 лет научные взгляды, нужно начинать практически с нуля. То есть так, будто истинный предок современного человека нам вообще неизвестен. Но одновременно и так, чтобы учитывались достоверные историко-палеонтологические данные, накопленные наукой за те же самые последние 100 лет. Не зря же палеонтологи копали! И еще большой вопрос, что именно на самом деле они там накопили. Разберемся.

Кто-то может удивленно спросить: какое все это имеет отношение к психиатрическому научному журналу, задача которого освещать последние достижения современной психиатрии, а не архаичной палеонтологии? Отвечаем: точное знание истинного предка человека имеет прямое отношение к вопросам наследственности, которые, без сомнения, обуславливают характер значительной части психиатрической патологии (особенно в сфере нозологий теории единого эндогенного психоза). И эти вопросы наследственности особенно важны, когда речь идет об эволюционно-биологической психиатрии. Без генетики тут и говорить не о чем. И незачем. Поэтому основная цель данного исследования – резкое усиление позиций эволюционно-биологической психиатрии (В.П. Самохвалов, 1993), как фундамента всей науки о патологии психической деятельности человека в связи с вопросами генетики.

При этом совершенно очевидно, что генофонд исторически формируется не сам по себе, как ему вздумается, а в тесном взаимодействии с переменной окружающей средой в процессе вечной борьбы за существование и естественного отбора. Поэтому нам придется затронуть еще и сложнейшие эволюционные вопросы формирования самой среды обитания биологических объектов. То есть придется затронуть еще вопросы физики, химии, геологии, географии и астрофизики, между прочим.

Сложновато все это, на первый взгляд. Придется психиатрам от непривычки поднапрячься. Но что поделаешь? Эволюционная психиатрия требует жертв. Без знания основ базовых (прежде всего, школьных) научных дисциплин движение эволюционной психиатрии вперед не представляется возможным. Да и вообще, как можно представить себе частные вопросы эволюционной психиатрии в полном отрыве от общих вопросов всего эволюционного учения в целом? Потому что, если кто-то думает об эволюционном учении только лишь как об учении Ч. Дарвина, тот не совсем ясно понимает с чем имеет дело на самом деле.

Ибо эволюционное учение Ч. Дарвина – всего лишь крохотный частный случай общего эволюционного учения, на максимально постижимом философском уровне подразумевающая общее непрерывное движение и трансформацию материи (вещества) в единственном бесконечном пространстве при абсолютном безотнositельном времени.

И вот, логика изложения первой части данной статьи привела нас к тому, что поиски истинного предка человека нужно искать, прежде всего, на необозримых просторах евразийского материка. Но вначале было бы неплохо прояснить несколько вопросов: а откуда он взялся, этот самый евразийский материк? Как он возник в том виде, каким мы его сегодня видим на географической карте? И было ли то, что мы сегодня видим, таким же и всегда? Не изменилась ли картинка?

Но, чтобы получить ответы на выше поставленные вопросы, нужно начать несколько издалека. И для начала кратко остановимся на агрегатных состояниях вещества. В физике с этой проблемой далеко еще не все ясно, к сожалению. И еще каких-то 100 лет назад физикам было известно всего три агрегатных состояния вещества: твердь, жидкость, газ. В последние десятилетия, с появлением и становлением ядерной физики и астрофизики, установлено и признано большинством четвертое агрегатное состояние вещества – плазма. То есть плазма – это (своими словами) «голые» ядра атомов, протоны + нейтроны без электронов.

Однако, вот в чем проблема: все четыре установленные и признанные агрегатные состояния вещества не объясняют наличие многообразия стабильных химических элементов таблицы Д. И. Менделеева (с точки зрения длительности периода полураспада). В стабильном состоянии этих элементов, а говоря совсем уж грамотно, изотопов – 270, между прочим. При этом ни твердь, ни жидкость, ни газ никаких химических элементов или изотопов вообще не образуют. Эти три агрегатные состояния вещества – и есть уже готовые химические элементы вместе с изотопами. А высокотемпературная солнечная плазма состоит, фактически, всего из двух стабильных элементов: водорода, который образует гелий. Все остальное – предельно нестабильно. А изотопов на Солнце и вовсе нет. Так откуда же взялись остальные стабильные 268 стабильных изотопов ($270 - 2 = 268$)? Где они, все стабильные, образовались?

Космогонические теории нам говорят: Солнечная система произошла из пыли, которая начала вращаться, слиплась (акреция), разогрелась и превратилась в Солнце и планеты. Надо же! Какая умная пыль! Захотела – и завращалась. Вот только как же из отдельных разрозненных пылинок вдруг образовались локальные концентрации многочисленных химических элементов на Земле? Например, золото залегает – в одних местах. Никель – залегает в других местах. Железо – в третьих. Алюминий – в четвертых. И так далее по каждому физико-химическому элементу персонально. Ну и космическая пыль, взяла и сконцентрировалась по своему хотению, по щучьему велению. Надо же! Нестыковочка в космогонических теориях – невероятная. Жаль, заведомо жесткий объем данной статьи не позволяет последовательно раскрыть эту большую тему.

Остается только один выход – без длинных предисловий и обсуждения предположить, что существует пятое, промежуточное, переходное агрегатное состояние вещества, порождающее многообразие химических элементов и их изотопов. И в качестве такового видится только одно – МАГМА. Потому что магма – это уже и не плазма, но еще и не твердь, не жидкость, не газ. И температура, и давление, и плотность у магмы – промежуточные между плазмой и остальными тремя агрегатными состояниями вещества. И длительность существования такого агрегатного состояния вещества в виде магмы – миллиарды лет. То есть больше, чем у жидкости, тверди и планетарных газов вместе взятых по времени существования.

Именно такое агрегатное состояние вещества обладает всеми условиями для формирования стабильных ядер легких и, особенно, тяжелых элементов. Вот в глубинной магме, как одной из главных составляющих раскаленного ядра нашей планеты, многообразие стабильных химических элементов вместе с их изотопами и формируется. А затем – все локально и периодически выплескивается наружу. И пусть физики-ядерщики вместе с астрофизиками, не говорящие по этому поводу вообще ничего упорядоченного и вразумительного, нас опровергнут. А мы, психиатры, – послушаем. Работа у нас такая – фильтровать особо пламенные речи.

Пока же физики будут запускать свой колайдер, мучительно терзаться в сомнениях, топтаться на месте и думать, как бы нас теоретически опровергнуть, решительно постулируем наличие не четырех, а пяти агрегатных состояний вещества: плазма, магма, твердь, жидкость, газ. Ох, уж и шестое агрегатное состояние вещества теоретически созревает. Но – не время еще для такого разговора.

Все это говорится вот к чему: совершенно очевидно, что на самых ранних этапах своего существования планета Земля представляла собой крупное шарообразное плазменно-магматическое образование (можно слегка уточнить – плазмoидно-магматическое образование). Как очень верно говорил еще в XIX веке опередивший время великий, но до сих пор презираемый всеми, J. Buffon: Земля – осколок Солнца. И это образование медленно остывало (аналогично – остывали остальные планеты). На каком-то эволюционном этапе остывания на поверхности плазменно-магматического образования температура понизилась до такой степени, что появилась первичная твердь – будущий единый материк под нашим названием Пангея (предтеча Гондваны, Лавразии, двух Америк и многих островов).

Вот какую краткую, но весьма информативную, историческую справку дает по этому поводу Википедия (Интернет): *«Вегенер не был первым, кто пришел к подобной мысли. Совпадение очертаний побережья Африки и Южной Америки было замечено Френсисом Бэконом в 1620-х. Идею о движении материков выдвинул в 1668-м французский теолог Франко Плаке. Немецкий теолог Теодор Лилиенталь пошел дальше Бэкона, когда в 1756-м предположил, что побережья Африки и Южной Америки точно соответствуют друг другу. Антонио Снидер, живший в Париже американец, в 1858 году предположил, что когда Земля остывала, она сжималась неравномерно, и по этой причине вещество на поверхности раскололось на части. Он представил, кроме того, общие для двух материков горные породы и ископаемые останки. Эвграф Быханов, российский астроном-любитель, в своей книге 1877 года сформулировал гипотезу горизонтального перемещения материков».*

В общих чертах на самом деле дело было так: первичная единая Пангея своей длинной монолитной массой изначально располагалась преимущественно в меридианальном направлении – эксцентрично и асимметрично (эдакой широкой лентой почти от полюса до полюса). Причем большая часть массы Пангеи располагалась в северном полушарии. Поэтому из-за быстрого вращения Земли вокруг своей оси возник дисбаланс планеты по оси вращения, особенно в точке северного полюса. То есть возник так называемый известный всем эксцентриситет оси вращения Земли.

В процессе самобалансировки Земли под влиянием центробежных сил Пангея распалась на отдельные большие части, которые устремились в разные стороны – от экватора к полюсам. Главный вектор центробежной силы до сих пор направлен от центра Земли к экватору. И именно эта сила определяет наличие разломов в земной коре вдоль параллелей. А уже магматические течения растаскивают материки к полюсам.

Вторая сила, разрушавшая Пангею, связана с инерционными процессами вращения Земли. Вектор этой силы расположен по касательной к экватору и параллельно с ним, но направлен в сторону, обратную направлению вращения Земли. Эта сила разрывала Пангею поперек экватора, отрывая материки и острова в западном направлении. Именно эта сила определяет направление разломов земной коры вдоль меридианов.

Взаимодействие этих двух взаимно перпендикулярно направленных сил (крестообразно разнонаправленных сил) привело к расплыванию материков с уравниванием ими возникшего общего вращательного дисбаланса планеты. В результате эксцентриситет оси вращения Земли максимально уменьшился и стабилизировался. Примерно так же балансируют колеса наших автомобилей, распределяя на ободе колеса свинцовые балансировочные грузы, выполняющие роль компенсаторных противовесов.

Пока кора Земли была еще мягкой и пластилиноподобной (условно говоря), этот процесс самобалансировки планеты шел весьма активно, и материки активно «расплывались». Но по мере общего охлаждения и общего затвердевания коры – процесс самобалансировки практически остановился. На сегодняшний день материки движутся относительно друг друга всего лишь по несколько сантиметров в год. Поэтому разломы современных материков еще есть и еще будут, но масштабы и уровень катастрофичности таких разломов по сравнению с прошлым значительно снизятся. Ибо кора Земли, медленно остывая, в своем движении медленно стабилизируется.

Поэтому вопли разных не отягощенных наличием знаний и интеллекта «ясновидящих» кликуш о нарастании в будущем числа глобальных планетарных катастроф – беспочвенны. На самом деле, мы вступаем в длительную эволюционную эру общего относительного планетарного тектонического благополучия. Подчеркиваем – относительного, но не идеального. По мелочам, как всегда, – будет. Да и мы сами ядерной войной – добавим. Собственно говоря, процесс ядерной самоликвидации уже давно идет и активно нарастает. Ну и пусть себе процесс идет. В результате сразу на 7 миллиардов беспечных аутоагрессивных существ в Солнечной системе меньше будет. Не велика потеря.

Итак, планета Земля с самого начала своего существования остывала. А когда в магме под высоким давлением синтезировалась еще и перегретая вода (точнее – синтезировался кислород, соединившийся с уже имеющимся водородом), то, вырвавшись наружу, вначале она приняла участие в формировании первичной газо-паровой атмосферы. И уже после ее охлаждения газообразная вода конденсировалась – появился первичный кипящий океан, окруживший Пангею – Мировия. Окруженная кипящей водой твердь, таким образом, образовала первичную сушу.

И весь этот горячий поверхностный комплекс агрегатных состояний вещества из тверди, жидкости и газа начал активно остывать. Как говорилось выше, за счет вращения Земли вокруг своей оси возникли крестообразно разнонаправленные силы, разрывающие первичную огромную единую Пангею на более мелкие части. Плавно создались условия для появления будущих современных материков и островов из-за крестовидных разломов в Пангее (а затем и в Гондване с Лавразией).

Короче говоря, все легкие и тяжелые химические элементы таблицы Д. И. Менделеева были синтезированы первичным плазмOIDно-магматическим образованием в процессе его длительного остывания с локальным выбросом элементов в первичную атмосферу, на первичный материк и в первичный океан. Реагируя между собой, новоявленные химические элементы породили многообразие неорганических и органических молекул. А потом пошло: коацерваты, клетки, многоклеточные и так далее по вполне известной усложняющейся эволюционной схеме. Иными

словами, существующая в современном виде планета Земля за миллиарды лет постепенно синтезировала сама себя. Никакого сверхъестественного мистического начала («творца») и толчка тут не было, и быть не могло по причине отсутствия надобности. Нам и без ничтожного теологического «творца» вполне комфортно.

Впрочем, так уж организована психика человека, что без верховенствующих обожаемых «папы и мамы» он существовать не может. А потому без творца не обойтись. И есть у нас, разумеется, наидостоинейший претендент на эту почитаемую должность. Ибо творец всего в материалистическом понимании бытия – это триединые в своей сущности бытия материя (вещество), пространство и время (М.Ю. Кичанов, 1995). Это именно они организуют и Вселенную, и Солнце, и Землю, и нашу матушку-природу вместе с нами. Именно с ней, с нашим творцом матушкой-природой, мы все так любим общаться, говоря: надо выехать отдохнуть на природу!

И вот те раз! Как на природу – так сразу и на шашлык. Как же без него, любимого? И только понимающий поймет, что шашлык – это эволюционно трансформированная длинная кость (шампур) с кусками мяса, которые ну так же всегда любили глотать хищные двуногие динозавры! Ох, уж эти наши очаровательные предки! Они так любили покушать свежее-копченое падали на первобытном остывшем лесном пожарище. И здесь являются их гены. Зов предков, однако. И – вкусно.

А мясо! Мясо-то, на шашлыке у нас, какое? Ваш покорный слуга специально проводил опрос широких масс с целью формирования статистики. Последовательность хода мысли у всех – непрошибаемая. Кого ни спроси, а будут профессионально и безапелляционно утверждать: на шашлык лучше всего брать – ошеек. То есть мясо из области шеи невинно убиенного и расчлененного, однако, животного. Остальное мясо – не тот сорт. Его надо брать на шашлык при отсутствии мяса высшего сорта.

На втором месте, после ошейка, на шашлык берут – лопатку. А ведь это – те самые группы мышц, которые мгновенно выключают из борьбы либо одну, либо сразу две самые опасные при сопротивлении жертвы передние конечности (первый сорт мяса). И, наконец, каждый знаток шашлыка в качестве третьего сорта мяса выберет – ребрышки. Конечно же, повреждение межреберных дыхательных мышц – это уже серьезная проблема для легких. И заключительный аккорд: четвертый сорт мяса на шашлык – задняя часть. Ну, да. Ясно. Если Акелло совсем уж промахнулся, то на обед и кусок ж... сойдет.

Д-а-а! Даже тут у нас все тот же неумный зов предков: если уж впиваться зубами в шашлык, то все равно, однако, – сразу в шею. А уж потом, по мере промаха в шею – последовательно во все остальное. По жестко генетически детерминированному остаточному принципу. То есть с четко выраженной программной последовательностью возникновения предпочтительных мест схватывания (эпилепсия – схватываю) жертвы при охоте. Это откуда же у нас такие ошейкофильные гены, господа генетики-приматологи? Не от жующей бескровный банан обезьяны ли?

На том предельно краткий экскурс в вопросы физики, химии и геологии (и генуинной теории шашлыка) пока и закончим в связи с тем, что узкая тематика психиатрического журнала ну никак не позволяет детально углубляться в данные вопросы. А снова жаль – очень интересно и познавательно. Поэтому предлагается перескочить через множество этапов и просто посмотреть на две банальные ученические контурные карты.

Карта № 1. Конфигурация и расположение материков планеты Земля в современном виде (кроме Антарктиды).



На карте № 1 – современные материки в том виде, в котором мы привыкли их видеть на современной географической карте. То есть после раскола первичных единых материков и расположения осколков материков в разные стороны (см. карту № 1). Демонстрация этой карты нужна для того, чтобы была возможность хорошенько разглядеть основную конфигурацию береговой линии материков перед проведением сравнения. На карте № 2 – материки, возвращенные в исходное состояние до раскола Пангеи. То есть можно легко получить весьма отчетливое и сравнительно достоверное представление о форме и размерах

первичной Пангеи еще до ее накрытия многокилометровой толщей первичного всепланетного океана под названием Мировия (см. карту № 2).

Нужно сделать оговорку: Антарктидой на картах пренебрегаем, так как она сильно загромождает рисунок и резко увеличивает его площадь, без пользы занимая лишнее место на странице. Мысленно же нужно понимать, что Антарктида вместе с Австралией (в виде единой

Карта № 2. Реконструкция Пангеи. Возвращенные в исходное состояние материи планеты Земля в виде первичного материка Пангея (кроме Антарктиды) по версии автора данной статьи, которая отличается от современных версий геолого-географов. Для наглядности сохранены линии древних разломов.



Гондваны) примыкали к Лавразии (Евразия + Африка) в районе Индийского океана, который был когда-то всего лишь внутренним морем Пангеи. А Северная и Южная Америки примыкали к Африке. Малая часть Северной Америки вместе с Гренландией и Великобританией примыкали к Европе. Таким образом, конфигурации всех современных материков (и островов) отдельно взятых, в обратном порядке сложенные через промежуточные более крупные формы, в прошлом и составляли единую территорию гигантской Пангеи. По современным понятиям – обыкновенная игра в пазлы. Но – без детства.

И при помощи карты № 2, на основе сравнения конфигураций береговых линий, четко вид-

ны крестообразные разломы, по которым когда-то произошло разваливание Пангеи с последующим расползанием материков в разные стороны. При взгляде на эти грандиозные разломы, наглядно и отчетливо осознаются сокрушительные разрушительные масштабы тектонических катастроф прошлого. И четко виден основной крестообразный разлом Пангеи, возникший под влиянием двух описанных выше разрушающих крестообразно разнонаправленных сил.

Попросту говоря – речь идет о максимально приближенной к реальности реконструкции Пангеи задним числом. И нужно отчетливо понимать – идеально реконструировать то, что сломалось миллиард лет тому назад вообще невозможно, да и не нужно. Обвалы и размывание древних берегов – не учитываем. Для психиатров важен – принцип действия, а не мелкие геологические детали, о согласовании которых и сами геологи еще между собой не договорились.

А они, геолого-географы, между прочим, на сегодняшний день утверждают, что процесс разлома и восстановления первичного материка происходил аж 5 (ПЯТЬ!) раз за всю геологическую историю планеты. Врут, конечно же. Ради фальшивых диссертаций, званий и должностей. Одной темы на всех желающих не хватает, вот и создали аж пять тем на одном месте! Это ясно потому, что неизменная и единственная центробежная сила вращения Земли вокруг своей оси может только рвать материки и разбрасывать их, а не собирать материки обратно. Это же банальный принцип работы центрифуги!

В связи с этим часто еще приходилось слышать, что будто бы планета Земля неоднократно меняла ось своего вращения. Из-за этого, дескать, материки то расплывались, то сплывались. Это – очень интригующее и невероятно волнующее заявление, ярко свидетельствующее о полном непонимании и незнании элементарной физики. Ну ка! Попробуйте поменять ось вращения гироскопа на полном ходу! Что у Вас получится? А ничего! Будет меняться только угол наклона вращения оси по отношению к другим объектам, но никак не сама ось вращения. Страшной силы ударом попытаться изменить ось вращения Земли, конечно же, можно. Но от такого удара скорее Земля рассыплется на мелкие кусочки, чем изменится ось вращения огромного космического тела. Это же – хрупкая планета, а не резиновый футбольный мячик, который любой удар стерпит!

И еще раз о центрифуге. В Артеке есть музей космонавтики и там находится центрифуга, на которой тренировался еще Ю.А. Гагарин. В 12-ти летнем возрасте Ваш покорный слуга на той центрифуге катался с нагрузкой 8g! Впечатления следующие: вдавливают, расплющивают и вот-вот разорвет на части. В связи с этим нужно указать на многочисленные самые современные данные, которые говорят о том, что раньше Земля вращалась вокруг своей оси значительно быстрее. Например, в Девонском периоде один год состоял из 400 суток, а не из 365, как сейчас. А еще раньше, в наидревнейшие времена, одни сутки составляли всего 5 часов. То есть с самого начала своего существования Земля вращалась вокруг своей оси в 6 раз быстрее, чем сейчас. Вот то и была центрифуга для Пангеи с нагрузкой в 6g. И эта центрифуга никогда не останавливалась, а лишь очень плавно замедляется в своем вращении.

Вывод: процесс разлома первичного единого материка на отдельные части происходил на Земле последовательно, являясь не множественным, а единым в своей дискретности процессом. То есть никаких многократных восстановлений первичного материка Пангеи ни в каком виде не было, и быть не могло.

Кстати, картографический фокус с реконструкцией Пангеи придумал вовсе не автор данной статьи. Этому нас еще в школе наш любимый учитель географии (Кушнер Василий Архипо-

вич) 35 лет назад учил. Учил, несмотря на жесткую обструкцию со стороны самого передового в мире классового учения, которое упорно не признавало некоторые весьма и весьма плодотворные идеи теоретиков-теологов. Нового тут пока ничего нет. Просто повторение – мать учения. И это повторение нам вскоре очень понадобится для развития темы об истинном происхождении человека. Но чуть позже будет и кое-что совсем новенькое, уж мы постараемся не посрамить честь своего старого любимого школьного учителя.

А пока необходимо плавно переходить к вопросу о происхождении человека. И для начала продемонстрируем наглядно, как именно у нас иногда ищут доказательства происхождения человека от обезьяноподобного предка (от обезьян). Для этого рассмотрим очень внимательно, детально и пристально рисунок из книги эволюциониста-приматолога А.В. Яблокова (1985:98) под названием «Мир эволюции». Книга издавалась в качестве научно-популярной литературы для повышения уровня интеллекта наших детей (см. рисунок 1).

Рисунок сопровождается следующим безапелляционным текстом: *«Несколько тысяч лет назад люди уже догадывались о происхождении человека: в древних санскрито-тибетских рукописях предка человека изображали в виде большой двуногой обезьяны – и при этом как один из элементов остального органического мира!»* (А.В. Яблоков, 1985:98).

Итак, нас убеждают в том, что на рисунке – двуногая обезьяна, стоящая на слоне и держащаяся правой рукой за лапку некоего толи зайца, толи кролика. Нас и наших детей убеждают в том, что древние санскрито-тибетские рукописи прямо указывают на предка человека в виде обезьяны. Что ж, давайте разбираться по старому детскому ученическому принципу из журнала «Мурзилка»: найди десять отличий.

1. Контур верхней части туловища «обезьяны» – явно лохматый. И это похоже на шерсть. Но контур ног – идеально ровный. А это явная диссоциация между верхней и нижней частью рисунка. Однозначно мы реально видим куртку с шерстью наружу и штаны с шерстью вовнутрь. Именно так выгодно одеваться тем, кто ходит по высокой траве, наполненной репейниками.
2. На контурах лица «обезьяны» четко видны брови. А наличие четко выраженных бровей для обезьян как раз и не характерно.
3. Хватка правой рукой тремя пальцами за чью-то лапку – это крайне не характерно для обезьян. Они хватают удлинённые предметы всеми пальцами сразу.
4. И на тыльной, и на внутренней поверхности кисти не изображена шерсть, а это опять для обезьян не характерно. У них тыл кисти такти покрыт густой шерстью. И пальцы кистей на рисунке – короткие, а не длинные. Особенно короткий – мизинец. Ну, не обезьянья это кисть, хоть убейте.
5. Концы стоп загнуты вверх, а не вниз. А это характерно не для пальцев стоп обезьян, а для носков поношенной обуви из кожи. Часто обувь изначально имеет загнутые вверх носы (фасон обуви).
6. Над пятками четко виднеются небольшие выступы, что смело можно интерпретировать, как задники обуви (хлястики).
7. Две горизонтальные полоски на груди – это не контуры больших грудных мышц, а прорези нагрудных карманов куртки.
8. Цепочка белых точек на голове, кажущаяся изображением волос – это ожерелье.
9. Аналогичная цепочка белых точек на шее – это ожерелье на шее.
10. Три белые точки на левом колене – в левой руке просто зажата веточка с плодами рядом стоящего дерева. На веточку (сложенные три черенка плодов) указывает маленький отдельный белый штрих над большим пальцем левой руки. И это именно штрих, а не точка, которая могла бы символизировать пупок.

Итого, на древнем рисунке однозначно изображен какой-то древний человек посреди домашних животных – слон, кролик, голубь. Рядом с ними – плодовое дерево. И этот древний человек имеет на себе хорошо дифференцированную одежду и украшения, характерные для тех, кто ведет домашнее хозяйство. Поза и хватка руками типична именно для человека, а не для обезьян. Однозначно, на рисунке изображен как минимум *Homo habilis* (человек умелый), способный изготавливать одежду и украшения – трудиться. А *Homo habilis* (человек умелый), как



Рисунок 1. Рисунок из книги «Мир эволюции» А.В. Яблокова (1995).

известно, – это непосредственный предшественник *Homo sapiens* (человек разумный). Но, нам и нашим детям настойчиво твердолобо твердят: на рисунке таки обезьяна.

Да ведь и не просто обезьяна. А, как утверждает выше упомянутый А.В. Яблоков (1985), – двуногая обезьяна. Очень интересное это утверждение. Ибо хоть мало-мальски критически мыслящий человек понимает: у обезьян ног вообще нет. У них – четыре руки для прыгания по веткам деревьев. Ибо стопа у них – это на самом деле кисть с отставленным большим пальцем. То есть стопа превратилась в кисть при неизменном строении бедра и голени. И получилось – нога-рука. Два в одном. Что тут не ясно?

А у самых наиразвитейших и «продвинутых» обезьян есть еще и высокоразвитый хвост – как пятая конечность. Эдакая «пятая рука», с помощью кончика которой (очень развитый и гибкий кончик хвоста) у них даже пища в рот доставляется. Как кистью руки. Но эволюционисты-приматологи чрезвычайно упорны. За ними – авторитет Ч. Дарвина. И у эволюционистов-приматологов выстраданная столетием теория: пять рук – это все равно две ноги. Хоть тресни. Отсюда и теория о том, что на двух руках-ногах хромые от рождения приматы с грозным бананом наперевес протопали всю Землю! И одолели несметные полчища яростных хищников. Кукольная комедия.

Ну, почему у нас все так – нарисовано одно, а интерпретация рисунка говорит совсем о другом. Прямо обман зрения у эволюционистов какой-то. Типичный иллюзорный синдром под влиянием искажающей первичной вербальной авторитарной установки. Уж так внушил Ч. Дарвин мысль о предковости обезьян, что даже в банальном рисунке разумного человека уже обезьяны мерещатся. Именно мерещатся, потому что обвинять эволюциониста-приматолога А.В. Яблокова в откровенном подлоге ну уж совсем не хочется.

Ну, скажите нам, пожалуйста, что делает дикая африканская человекообразная обезьяна (примат) посреди домашних животных и растений на Тибете? Хоть бы раз для приличия на географическую физическую карту мира посмотрели с мысленным вопросом для себя: где Африка и где Тибет?

На основании мурзилочного разбора лишь одного предъявленного рисунка можно твердо делать вывод о том, что некоторые эволюционисты-приматологи имеют неосторожность принимать желаемое за действительное. А теперь представьте себе, как именно должен интерпретировать некие ископаемые кости древних существ все тот же неосмотрительный эволюционист-приматолог.

Например, найден ископаемый череп или кусок челюсти неизвестного животного. Как же эволюционист-приматолог такую палеонтологическую находку будет интерпретировать? Да так и будет, как учили: везде и всюду видеть обезьяну. Даже если ее там нет. И Ваш покорный слуга этой участи не избежал. Тоже когда-то – «видел». Но, спасибо биогенетическому закону, который зрение таки лучше всяких очков выправляет.

И уже с выправленным биогенетическим законом зрением зададим эволюционистам-приматологам очередной элементарнейший вопрос: А почему же это Вы, господа, в ходе реконструкции внешнего облика всех ископаемых наших предков изображаете их обросшими шерстью? А? Ведь какую книгу по эволюции человека ни открой, а увидишь везде одно и то же: австралопитеки, питекантропы, неандертальцы и все другие прочие «питеки» на рисунках почему-то густо покрыты шерстью!

И не смогли бы эволюционисты-приматологи предъявить нам хоть одну-единственную шерстинку, найденную хоть где-нибудь в палеонтологических раскопках? Не предъявят ли нам эволюционисты-приматологи хотя бы одно-единственное письменное свидетельство о такой пикантной находке? И не покажут ли нам эволюционисты-приматологи хоть один древний наскальный рисунок древнего человека, покрытого собственной шерстью? Ответьте нам, пожалуйста: на каком таком достоверном основании все наши предки изображаются с шерстью? Может быть, где-то уже реально поймали стаю Йети? Очередное угрюмое коллективное молчание снова будет нам ответом.

Да, уж. Гипнотическое воздействие некоторых ошибочных идей Ч. Дарвина столь велико, что докатились мы до полного бездоказательного абсурда. Почти 90 лет трудится, натужно пыхтит Сухумский обезьяний питомник. Доказывает. На его счету по совокупности защита больше сотни кандидатских и докторских диссертаций. Но что-то монографии или, на худой конец, сборника статей о реальных доказательствах происхождения человека от обезьяны мы так и не увидели. Отличная работа!

Отсюда вывод: версия эволюционистов-приматологов о происхождении человека от обезьяноподобного предка в юго-восточной Африке вообще ничем не подтверждена и представляет собой колосс на глиняных ногах. В этот колосс даже пальцем тыкать не нужно. Сам тихо развалится.

Поэтому лучше мы обратим пока свое внимание на версию о происхождении человека с точки зрения креационистски настроенных ученых. Давайте хоть однажды перестанем полностью игнорировать настойчивых оппонентов в лице креационистов и прислушаемся к ним. Они нам доказывают, что человечество первично было создано чуть ли не в райском саду, расположенном в районе побережья Индийского океана (иногда указывают еще на регион Средиземноморья). Их точка зрения о локализации колыбели человечества основана на исследовании библейских текстов. А мы от себя добавим для сравнения еще и текст Торы, как предшественницы Библии. Для полной наглядности (см. Таблицу 1).

Сравнение описаний месторасположения Эдема (Эдена) по синхронизованным текстам христианской Библии и иудейской Торы.

Библия, 1988, Бытие, 2:7–14. 2 тыс. лет до н.э.	Тора, 1993; Брейшит, 2:8–14,5 тыс. лет до н.э.
«И насадил Господь Бог рай в Едеме на востоке, и поместил там человека, которого создал. И произрастил Господь Бог из земли всякое дерево, приятное на вид и хорошее для пищи, и дерево жизни посреди рая, и дерево познания добра и зла. Из Едема выходила река для орошения рая; и потом разделялась на четыре реки. Имя одной Фисон: она обтекает всю землю Хавила, ту, где золото; и золото той земли хорошее; там бдолах и камень оникс. Имя второй реки Гихон (Геон): она обтекает всю землю Куш. Имя третьей реки Хиддекель (Тигр): она протекает пред Ассирию. Четвертая река Евфрат».	«И насадил бог всеильный сад в Эдене с востока, и поместил там человека, которого образовал. И произрастил бог всеильный из земли всякое дерево, приятное на вид и хорошее для еды, и дерево жизни посреди сада, и дерево познания добра и зла. А река выходит из Эдена, для орошения сада, и оттуда разделяется и образует четыре главные реки. Имя одной Пишон, она огибает всю землю Хавилу, где золото. И золото той земли хорошее, там хрусталь и камень оникс. А имя другой реки Гихон, она огибает всю землю Куш. А имя третьей реки Хидекель, она течет к востоку от Ашура. Четвертая река это Прат».

Чудные тексты. Особенно, если учесть, что названия рек, указанные в скобках, внедрены креационистами в текст Библии задним числом. В исторически более древней Торе этих слов нет. Это – прямая открытая фальсификация! Доверять древним названиям вообще рискованно – они исторически менялись, как перчатки. Это хорошо видно при параллельном прочтении двух текстов. И при всем уважении автора данной статьи к Библии и Торе, как историческим документам древности, поверхностные выводы креационистов о том, что регион Евразийского побережья Индийского океана (либо Средиземноморья) – это колыбель человечества, нас устроить не могут.

И вот почему. Дело в том, что вовсе не зря в самом начале данной статьи было потрачено пару страниц на краткое освещение вопроса об эволюции плазмойдно-магматического образования. Ведь совершенно очевидно, что миллиарды лет шел медленный процесс тотального глобального охлаждения (остывания) планеты. От миллионов градусов по Цельсию в начале до современных среднегодовых температур. Очевидно и то, что в отдаленном будущем процесс тотального глобального охлаждения неизбежно приведет к общему замораживанию планеты. С утратой атмосферы.

Этот постоянный неуклонный глобальный необратимый процесс охлаждения – самый основной, первостепенной важности, климатообразующий фактор на планете. Об этом, почему-то, никто не говорит. Непонимание значимости этого фактора – стратегическая ошибка всех климатологов. Ибо все остальные климатообразующие факторы – временны и вторичны. Просьба не путать климат и прогноз погоды.

В том числе временно (кратковременно) и вторично наше знаменитое хваленое глобальное потепление, о котором сейчас трубят вся пресса и трезвонит все телевидение. Справка для любопытных – мы всего лишь в очередной раз циклично меняем орбиту, медленно приближаясь к Солнцу. Отсюда – потепление. Когда потом начнем удаляться от Солнца – наступит очередное временное циклическое похолодание. Ведь конфигурация орбиты Земли подобна циклической работе спиральной пружины маятника в механических часах. Удаляемся-приближаемся, и наоборот. И оба эти временные циклические чередующиеся маятникообразные процессы похолодания-потепления идут на фоне неуклонного ациклического процесса тотального глобального охлаждения, вплетаясь в него, как ниточки в канат. Почему-то наши астрономы и климатологи об этом не говорят. А это же так просто!

Но тотальное глобальное ациклическое охлаждение, конечно же, шло неравномерно. Ибо в первую очередь остывали полюса планеты. Потому что из-за вечного наклона оси вращения Земли по отношению к плоскости орбиты полюса ВСЕГДА получали наименьшее количество тепла от Солнца. Со значительным запаздыванием остывали средние широты. И в последнюю очередь, после всех, остывала экваториальная зона.

Таким образом, то, что мы сегодня называем экваториальным климатом, вначале сформировалось на двух полюсах. А уж только потом два (ДВА!) экваториальных климата через средние широты с двух сторон навстречу друг другу сместились в экваториальную зону. И воссоединились на экваторе. Параллельно на обоих полюсах за счет глобального ациклического охлаждения плавное, через стадию умеренного климата, сформировались два (ДВА!) современных арктических климата.

И если кто-то не может это четко зрительно представить, то посмотрите на карту климатических зон нашей планеты в Интернете. И Вы увидите, что все климатические зоны на карте сдвоенные. Не просто сдвоенные, а последовательно сдвоенные в северном и южном полушариях. Последовательную сдвоенность эту никто пока правильно объяснить не смог. Вот Ваш покорный слуга в порядке разъяснения и настаивает, что климатические зоны полосами смещались всегда от полюсов – к экватору. От жарких – к холодным. Из-за глобального ациклического охлаждения. И во взаимодействии с деятельностью Солнца, но фактор Солнца – вторичен.

Из этого автоматически следует, что температура атмосферы и первичного океана снизилась до приемлемого уровня сперва на двух полюсах, где и создались первично условия для самозарождения жизни из органических молекул. А на экваторе еще очень долгое время была бурлящий кипяток, то есть тотальная стерильная среда. И кипел экватор до тех пор, пока с двух полюсов на экватор не пришел умеренный климат, а уж за ним – собственно экваториальный климат. Ясно, что на такое «чересполосное» перемещение климатов ушли сотни миллионов лет.

Отсюда неопровержимый вывод: первичное самозарождение жизни на планете Земля началось сразу в двух точках: в районе Северного ледовитого океана и одновременно там, где сейчас находится Антарктида (а ее на Южном полюсе раньше не было!). То есть с самого начала на планете Земля с точки зрения географии было два независимых самостоятельных (близнецовых в самом наипрямшем смысле этого слова) изолированных первоисточника всей последующей жизни (флоры и фауны) – Северный полюс и Южный полюс. Именно там впервые возникли коацерваты, а затем и первые простейшие.

Но! Сам Северный полюс был занят океаном. То есть, было где начаться процессу самозарождения жизни. И в близости Северного полюса всегда был огромный первичный материк (Пангея). То есть была суша, на которую первичная жизнь могла выйти. А Южный полюс тоже изначально был занят океаном, но очень быстро был накрыт сушей гигантской Антарктиды. Потому что Гондвана (Австралия + Антарктида) раньше всех откололась от Пангеи. Самозарождение жизни в водах Южного полюса хоть и началось, но дальнейшему стадийному развитию водной жизни здесь быстро помешала разгоряченная безжизненная суша Антарктиды.

Отсюда неумолимо логически следует, что до стадии рыб жизнь на Земле развивалась совершенно независимо и своими путями одновременно тоже в двух точках. Двух точках, разделенных кипящим еще экватором. А вот стадия появления амфибий (полусухопутных животных) с выходом их на сушу быстрее всего могла произойти лишь в одном месте – из глубин Северного ледовитого океана на северное побережье Пангеи.

И напоминаем: в части I данной статьи логика исследования глобального процесса антропогенеза окольными путями привела нас именно в северные широты современной Евразии, которая и является крупнейшим остатком Пангеи в северном полушарии. Пока у нас все стыкуется и развивается последовательно. И все стрелки эволюции плавно заводятся в одну точку. На север.

Но был ли наш современный «север» всегда-таки севером?

Ясное дело, с географической точки зрения «север» всегда был севером. Зато с климатической точки зрения сегодняшний «север» был когда-то самым таки махровым «югом». То есть на северном побережье Пангеи была жара, а не холод. И там, на северном побережье с «паралогичным» экваториальным тропическим климатом, на сушу сперва вышли растения. За ними на сушу вышли растительоядные амфибии. А уж за ними – хищники в виде первичных плотоядных амфибий. Так и началась эра сухопутных хищников на Земле – на «северных тропиках». И Северный ледовитый океан, как это ни кажется парадоксальным на первый неопытный взгляд, сыграл в этом процессе первую скрипку. Приму.

А в регионе Южного полюса в то время, пожалуй, эволюция только до стадии хрящевых перворыб дошла. Ибо береговые очертания Антарктиды располагались чуть ли не в средних широтах южного полушария. Некому еще было выходить там на сушу. Среда еще не сформировалась ни для появления костистых рыб, ни для амфибий. Ну, не бывает новоселья без закладки фундамента дома. «Юг», таким образом, окончательно и безнадежно отстал в развитии от «Севера». Темп развития не тот.

А «Экватор», тот в развитии и вовсе позади всех климатических зон. Он – все еще кипит в виде бульона с органическими молекулами. Хотя суша на «Экваторе» – есть, но форм животных для выхода на нее – еще и близко нет. Ибо если сунутся полюсные рыбы в экваториальный кипяток – уха будет.

И вот что интересно. Разделение на Земле двух очагов самозарождения жизни кольцевой кипящей экваториальной зоной в общих чертах невероятно напоминает процесс деления клетки, когда хромосомы разбегаются по полюсам, разделяясь центральной перетяжкой. Оба процесса не идентичны в полном объеме, но подобны. Тут великолепно проявляется диалектический закон повторяемости на новом уровне. Можно выразиться и по другому: цитогенез (частный процесс деления клеток) подобен витагенезу (общему раздельному процессу самозарождения жизни). Итого: цитогенез подобен витагенезу. Надо особо отметить: очень уж это коррелирует с формулировкой биогентического закона – онтогенез подобен филогенезу. В перефразированном виде биогентический закон и тут работает.

Логика эволюции планеты (среды обитания), таким образом, в конечном счете, заставляет нас резко ослабить внимание к эволюционным событиям на безнадежно отставших в развитии «Юге» с «Экватором» и перенести акцент на рассмотрение эволюционных событий на стремительно развивающемся «Севере».

О-о-о! Север всегда был невероятно интересен. Нам по телевизору все про экзотическую Африку, да все про диковинную Амазонку рассказывают. Но это – рассказы любителей для лю-

бителей внешних дешевых эпатажных эффектов на основе мельтешащих перед глазами ярких разноцветных картинок. Как в туповатых рекламных роликах. А мудрый Козьма Прутков учил: зри в корень. А невзрачный корень-то жизни на Земле, как выясняется – на «Севере»! Вот туда мы свой взор и обратим.

Север, однако, велик. И единое северное побережье Пангеи когда-то состояло из двух современных побережий: Евразия + Гренландия. И омывал это единое побережье один лишь Северный ледовитый океан. Только опять нюанс: это сейчас он стал «ледовитым», а раньше никаких льдов там не было, и быть не могло. Там было жарко, как сейчас на благодатных Гавайских островах. Но, с одним существенным отличием: атмосфера над Северным ледовитым океаном постоянно находилась в состоянии парникового эффекта. И, следовательно, ясно Солнышко там ярко из-за тучных облаков не светило. То есть загорать (активно вырабатывать кожные пигменты) там было невозможно. Кожа у всех тамошних существ могла быть только белая.

Наличие затяжного парникового эффекта на полюсах объясняется просто: кипящий экватор выбрасывал в атмосферу гигантские объемы пара, расплзающиеся к полюсам. Кстати, скорее всего, именно высокая влажность атмосферы на полюсах облегчила выход первичных амфибий и рептилий на сушу. Ибо их жаберно-легочное дыхание последовательно формировалось в меняющейся среде: вода → влажная атмосфера → сухая атмосфера. То есть на переходном эволюционном этапе гораздо легче было дышать увлажненным воздухом, чем сухим. И не отсюда ли возник принцип действия аппарата Боброва?

И вот самый сложный вопрос: если совокупная длина всего единого северного побережья Пангеи составляла около 10 тыс. километров, то где же на этом огромном побережье находилась та наиболее благоприятная точка, в которой был наиболее вероятен самый первичный и наиболее ранний выход первичных амфибий на сушу? Где был сделан самый первый на сушу шаг?

В поисках такой точки пришлось долго и внимательно изучать геолого-географический рельеф всего побережья материков в районе Северного ледовитого океана. При этом было ясно: нужно искать крупную реку, впадающую в Северный ледовитый океан. Ибо именно на таком участке могут быть наиболее благоприятные условия для проникновения рыб и амфибий вглубь материка с последующей трансформацией амфибий в рептилий (динозавров) и их распространением. Не разбирая все тонкости поиска и анализа, укажем пока только на результат: на «Севере» таких точек для выхода первичных амфибий на материк – несколько. И все они – в современной Сибири. На территории современной России. Но одна из этих точек (устья рек) – наиболее интересна и впечатляюща.

Из всех рек и речушек, впадающих в Северный ледовитый океан, после долгих сомнений Ваш покорный слуга особо выделил для детального изучения только одну точку (устье одной реки). Об этой реке слышал всякий, кто учил географию в школе. Но, почему-то, о ней с большим трудом вспоминают, когда просишь кого-либо вспомнить навскидку названия всех северных рек. Об этой реке, почему-то, крайне редко пишут в газетах. Эту реку, почему-то, крайне редко показывают по телевидению. Об этой реке вообще больше молчат, чем говорят. Почему-то.

Странно. У нас необыкновенно воспевают Волгу. Великий Шевченко возвеличил Днепр. Про Енисей ходят легенды. По названию реки Лены некий картавый товарищ соорудил себе знаменитую на весь мир партийную кличку. У нас часто играют воинский марш под названием «Амурские волны». А эта река скромна и незаметна. Поэты и музыканты ее не воспевают. Да ведь и не только служители музыки молчат. По названию реки Волги названы автомобили – «Волга» и «ВАЗ». От реки Ока идет название автомобиля «Ока». Река Кама дала название автомобилю «Камаз». Река Урал породила название «Урала». От названия реки Москва, косвенно, в конечном счете, появился автомобиль «Москвич». А этой реки – будто и нет. Странно.

Между тем, река эта – колоссальна. Считается, что она стоит на третьем месте после великих Амазонки и Енисея. Может быть, именно поэтому о ней так редко вспоминают. Но у этой реки есть особенность: по площади акватории она занимает заслуженное первое (ПЕРВОЕ!) место в Евразии среди всех евразийских рек вообще. Ее площадь – 2990000 км². Это – даже не площадь моря! Морей на планете нет таких. Сравнить такую площадь можно лишь с сушей. И, для сравнения, – площадь Гренландии составляет всего лишь 2130800 км². Огромная Гренландия по площади – почти на треть меньше!

По водоносности эта река занимает 3 место в России. Ее протяженность с учетом главного притока Иртыша составляет 5410 километров. Сейчас она пересекает поперек почти весь евразийский материк. Но есть обоснованное подозрение, что раньше она простиралась практически до Аральского моря, имея протяженность свыше 6 тыс. километров. Скорее всего, вздыбливание когда-то горных хребтов Памира, Тибета, Тянь-Шаня и Гималаев существенно укоротило современную длину этой реки от ее более ранних истоков.

И что наиболее важно: единственная из всех северных рек, по всей своей длине со всеми своими буквально неисчислимыми мелкими притоками, она протекает по широкой и длинной пологой равнине (долине). Бассейн этой реки – огромен. На сухопутной территории этого необъятного бассейна реки когда-то, в давние жаркие времена, одновременно могло уместиться невероятно большое количество видов растений и животных. И животные могли бродить себе по

равнине, не забираясь в горы. И вода, крайне необходимая для жизни растений и животных, – повседневно повсюду. Ибо без воды жизни – нет.

И вот, господа, эта необычайно великая в своей необычайной скромности и незаметности река, протекающая по территории гигантской ЗАПАДНО-СИБИРСКОЙ РАВНИНЫ, называется – ОБЬ. Да, название какое-то неблагозвучное, нерифмуемое. Не воспеваемое. Но зато это не река, а – МОНСТР. Монстр в буквальном смысле этого слова. Описать ее в двух-трех абзацах текста невозможно. Сами открывайте Интернет и смотрите. Даже на фотографиях видно, что Обь не течет, как река Волга. Обь не бурлит, как Енисей и Ангара. Обь не ревет и не стонет, как Днепр как будто бы широкий. ОБЬ – ПРЕТ! Как самый настоящий МОНСТР. Та голубенькая тонкая символическая ниточка, которой изображается Обь на географической карте, абсолютно не соответствует реальной обстановке.

Но ближе к делу. Только предупреждаем: без хорошей подробной физической карты Евразии дальнейший текст данной статьи вряд ли будет восприниматься осмысленно. Даже не надейтесь на свои устаревшие пятерки в школе. Они Вам не помогут. Положите перед собой карту Евразии!

Обь имеет один наиболее важный для нас крупнейший приток – Иртыш. Истоки Иртыша находятся не где-нибудь, а в самой глубине легендарного Алтая, примыкая к Тянь-Шаню. Оттуда уже недалеко и до Тибета.

Иртыш, в свою очередь, тоже имеет один наиболее важный для нас приток – Тобол. Истоки Тобола – у южной оконечности Уральских гор. Совсем рядом, в предельно узкой долине, – современная река Тургай. И есть большое подозрение, что Иртыш и Тургай в доисторические времена представляли собой одно целое, протекая по предельно узенькой, как горлышко бутылки, долине. Очень вероятно и то, что река Тургай в доисторические времена была соединена непосредственно с Аральским морем.

Самое важное в этих геолого-географических перипетиях вот что: от побережья Северного ледовитого океана по цепочке рек Обь – Иртыш – Тобол – Тургай, поперек пересекая весь Евразийский материк, любая новоявленная на «Севере» жизнь могла ЧЕРЕЗ УЗКИЙ КОРИДОР, как через горлышко бутылки, по кратчайшему пути проникнуть в Туранскую низменность. Прямо к Аральскому морю. На «Юг». В самое сердце Пангеи до ее раскола. А на Арале – Сырдарья и Амударья, которые устремлены истоками в Памир и Гималаи. А оттуда опять рукой подать и до Тибета.

Таким образом, два наиболее значимых ответвления Оби с запада и востока, как ухватом, устремляются к горному массиву (нагорью) под названием Тибет.

А там, на Тибете, говорят, в древности жили какие-то арии. И арии, говорят, – чуть ли не чьи-то предки. Причем, слово «арий» связано со словом Ра (Солнце), то есть арии якобы были язычниками. А древнее язычества нет ничего среди мировых религий. И слова «арийская раса» всегда упоминаются, как нордические народы. От слова NORD – север. А еще слово «арии» переводится, как превосходящие всех. И почему-то слово «арии» лингвистически весьма созвучно со словом Арал. А это уже однозначно становится интересно с точки зрения запутанных вопросов о происхождении человека.

Только давайте, пожалуйста, впредь обойдемся без умственно неполноценного товарища Гитлера и его жалких шизофренических преступных национал-социалистических расовых теорий!!! Ибо об ариях речь у историков шла, ох, как задолго до Гитлера. Речь об ариях у историков активно ведется и сейчас. И будет идти всегда. Гитлер с «Анненербе» тут вообще ни при чем. Как ни при чем тут и фашизм. Ибо фашистом был Муссолини, а не Гитлер, который был-таки нацистом.

Кстати, народный комиссар иностранных дел СССР коммунист товарищ Чичерин в середине 20-х годов XX века тоже очень интересовался ариями, Тибетом и Шамбалой. На Тибет готовилась даже экспедиция. И американцы рыскали по Тибету, и англичане. И было это все ДО Гитлера! А в республике Таджикистан 2006 год был официально объявлен «Годом арийской цивилизации». И было это ПОСЛЕ Гитлера и без всякой связи с ним. Вот уже раздаются громкие голоса и о том, что на территории современной Украины еще в XII тыс. до н.э. имела место древняя Мезинская цивилизация (якобы прообраз Сумера/Самары/Шумера), которая и есть будто бы истинная арийская. То есть существовавшая еще до Трипольской цивилизации. Так что не надо нервничать. Лучше – разбираться по порядку.

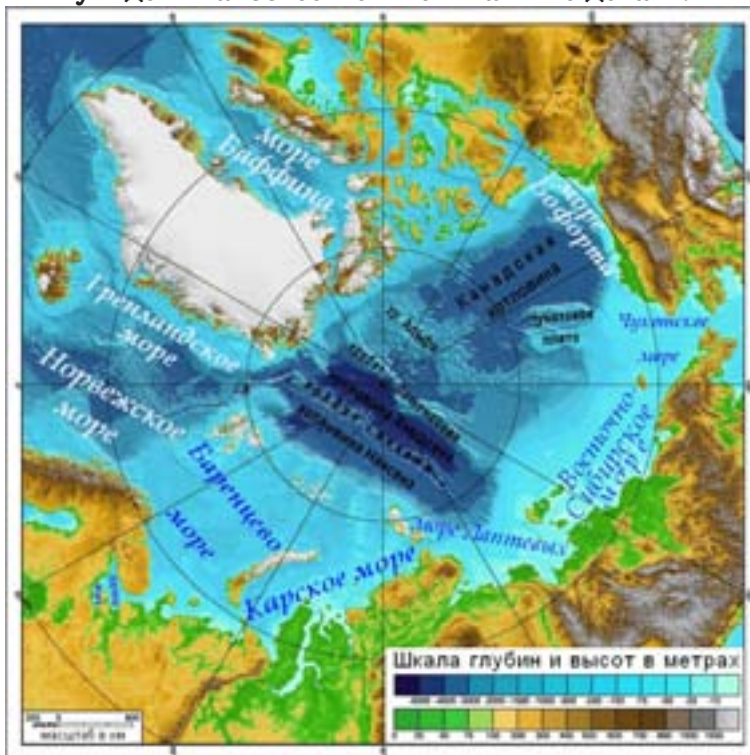
Кто-то, может быть, скажет: Вот это – фортель! Начал с Оби, а уехал – к ариям. Где логическая связь? Ответ будет совершенно паралогичным и невероятно неожиданным: чтобы найти логическую связь между Обью и ариями, нужно сперва разобраться с вопросом об Атлантиде! Да, уж – скажут старые опытные психиатры – понесло затейника... Но пусть психиатры нас простят. И не торопятся с дифференциально-диагностическими выводами в ракурсе МКБ. Ибо такова логика жанра и текущего момента – надо крепко огорошить!

Напоминаем, все же, что в начале этой статьи было обещано предъявить кое-что совсем новенькое в области географии и не посрамить своего старого школьного учителя. Время пришло. Затянувшиеся предисловия закончились. Теперь нужно таки поговорить об Атлантиде. А для этого нужно снова вернуться на реку Обь. Но не к истокам, а в – самое устье Оби. И не просто

в устье. Придется еще окинуть взглядом всю Сибирь и Дальний Восток. А еще придется приглядеться к рельефу дна и к карте глубин всего Северного ледовитого океана. И даже не мечтайте, господа эволюционисты-приматологи, что все будет так легко и просто, как с фальшивой предковостью виртуальной обезьяны по Ч. Дарвину.

Да, уж. Всякий, кто решится читать все это дальше, берите все-таки в руки физическую карту. Или не читайте дальше вообще. Нет смысла. Настоятельно рекомендуем зайти в Интернет и войти в Google с запросом: **Википедия карты глубин Северного ледовитого океана** (см. карту № 3). Только по такому запросу у Вас будет возможность быстро увидеть очень детальную и очень качественную карту рельефа дна Северного ледовитого океана. Очень важно то,

Карта № 3. Рельеф дна и карта глубин Северного ледовитого океана. Самая подробная современная динамическая карта в Интернете, позволяющая увидеть наиболее мелкие и важные детали.



что в Википедии карта представлена в цветном изображении с плавной компьютерной функцией: приближение-удаление (увеличение-уменьшение масштаба карты). Без этой важной компьютерной функции Вы опять ничего не разглядите. Потому что придется очень тщательно рассматривать очень мелкие детали. В мелочах-то собака и зарыта.

Итак, если перед Вами на мониторе компьютера высветилась показанная выше карта глубин Северного ледовитого океана в цветном и динамическом изображении из Википедии, то можно начинать разговор про Атлантиду (см. карту № 3). Сразу нужно кратко определиться с теми историческими данными, которые указывают на существование Атлантиды в прошлом. Потому что нам нужны особые приметы, по которым можно было бы начать поиск пока еще виртуального объекта.

Такие предельно краткие данные, опираясь на изучение текстов Платона (данные Платона идут через Сократа, Тимея, Крития, Солона, египетских жрецов) дает, например, Ю.А. Белопольский (2007:103): «Да-

лее идет описание самой Атлантиды. Это огромный остров, расположенный за Геркулесовыми столпами. Бог морей Посейдон получил его при разделе земли богами. «Остров был больше Ливии (Африка у древних греков) и Азии (имеется в виду полуостров Малая Азия), взятых вместе». Затем говорится о том, что власть атлантов была распространена на очень обширную территорию, в том числе и на Египет.

Атланты пытались подчинить себе и Афины, но были разбиты войском Афинян, чье контрнаступление захлебнулось у самого побережья Атлантиды. Именно тогда случилось сильнейшее землетрясение. Атлантида за один день и одну ночь погрузилась в море. Вместе с континентом погибло и все греческое войско».

Очень это странно! Почему-то некое ВСЕ греческое войско погибло, хотя на остров оно явно не переправлялось. Ибо наступление захлебнулось не на Атлантиде, а у побережья Атлантиды. То есть, гибель самой Атлантиды и всего греческого войска напрямую между собой никак не связаны. Войско греков погибло не на острове Атлантида, а рядом с ней. На континенте!

И вот еще что: большое количество данных (в краткой статье нет для них места) указывает на то, что гибель Атлантиды произошла примерно 11,5 тыс. лет тому назад. И эта дата точно совпадает со значительным числом важных катастрофических событий, одновременно происшедших на всей планете Земля. Это множественное совпадение катастрофических дат ясно указывает: произошло нечто весьма значительное и грандиозное, повлиявшее на ход всей истории Земли.

А теперь напоминаем: вновь-таки не зря несколько выше было потрачено время на разговоры о Пангее, как первичном едином материке, расколовшемся на отдельные составные части в виде материков и островов. Скорее всего, именно об этом реальном грандиозном геологическом событии говорят тексты Платона, образно упоминая раздел земли между богами. Так вот, некогда огромный остров (якобы доставшийся Посейдону), суммарно сопоставимый по размерам именно с размерами всей Африки и полуострова Малая Азия (Турция в районе Босфора), находился именно в Северном ледовитом океане. Он и сейчас там благополучно пребывает в

вековом ожидании нашего прозрения. Но уже не в виде острова, а в виде значительной части дна Северного ледовитого океана. Остров же – затонул!

В связи с этим, обращаем Ваше самое пристальное внимание на совокупное дно Баренцева моря и Карского моря. Дно этих двух морей представляет собой единое плоское гигантское плато на средней глубине примерно 200–300 метров. И нужно ясно понимать, что разделение на два моря (Баренцево и Карское) – это лишь весьма условное и чисто картографическое деление, не имеющее отношения к реальной обстановке. Просто условно принято считать, что длинный остров Новая Земля в переносном смысле разделяет некий прибрежный участок единых вод Северного ледовитого океана на два «моря».

Примерно в 50-ти километрах от побережья Евразии и вдоль побережья Евразии на дне этих двух морей имеется резкий перепад глубин (отчетливый подводный вертикальный обрыв). И извилистая линия этого резкого перепада глубин совершенно отчетливо совпадает с извилистой береговой сухопутной линией современной Евразии. Совпадает вплоть до вычурных мелочей (вспомните-таки в карту глубин Баренцева и Карского морей!).

Так вот, для старого опытного подводного охотника, каковым и является Ваш покорный слуга, знающего толк в значимости рельефа глубин и умеющего читать карты глубин, совершенно очевидно: все дно Баренцева и Карского морей когда-то невероятно давно было таки сушей. Сушей, абсолютно единой с Пангеей. Фактически, когда-то дно двух морей являлось естественным продолжением Восточно-европейской равнины и Западно-сибирской равнины вместе взятых, включая Уральские горы и Северо-сибирскую низменность.

Но при расколе Пангеи когда-то, очень давно, образовался огромный остров (подобно Гренландии), который, впоследствии, и получил название – Атлантида. Фактически, это был даже и не остров, а целый арктический континент, поскольку реальные его размеры – соизмеримы с Африкой. Между всей Атлантидой и побережьем Евразии явно существовал очень длинный, извилистый, но очень узкий пролив (подобно Ла-Маншу). Ширина того пролива была явно не более 10-ти километров. Если угодно, то узенький пролив этот был подобен длинному рву с водой вокруг неприступной крепости. Вот потому и захлебнулось наступление греков перед самой Атлантидой – они уперлись в неприступный пролив (естественный канал)! В таком неприступном виде вблизи материка этот остров и просуществовал сотни или десятки миллионов лет. И только 11,5 тыс. лет назад остров внезапно все-таки затонул, сформировав дно двух морей.

И тут нужно опять обратить Ваше самое пристальное внимание на общий рельеф дна Северного ледовитого океана. Это – супер! В точке северного полюса (в самом центре) – глубина наивысшая, около пяти километров. А затем во все стороны идет резкий крутой подъем глубин вверх. То есть, совершенно очевидно, что Северный ледовитый океан когда-то давно представлял собой глубокую резко ниспадающую воронку с центром наибольшей глубины на точке северного полюса.

То есть форма истинного, первоначального дна Северного ледовитого океана напоминает форму конического пожарного ведра. Это сейчас там 5 км глубины. А раньше-то, до отложения донных осадочных пород, надо полагать, были все 100–150 км! Если не на порядок больше. Это сколько же там нефти и газа?!!!

О-о-о! Точно такие же колоссальные глубокие воронки на полюсах обнаружил, сфотографировал и уже передал на Землю для изучения американский космический аппарат Вояджер-2, пролетевший вблизи многих планет и спутников планет Солнечной системы. Тут – не просто случайность. Тут – закономерность с точки зрения единства геологического формирования больших космических планетарных тел. На полюсах – воронки. Скорее всего, из-за быстрого вращения не отвердевшего еще вещества планет с затягиванием поверхностного вещества вовнутрь гравитацией ядра планеты (с перемешиванием химических веществ).

Итого, мы имеем Северный ледовитый океан в виде глубокой воронки. Мы имеем резко наклонно организованное истинное дно Северного ледовитого океана, прикрытое рыхлыми осадочными породами. И мы имеем сушу в виде расколовшейся Пангеи с образованием Евразии. А на самом северном краю Евразии – уже слегка отколовшийся от Евразии гигантский остров в виде Атлантиды. Атлантиды, висящей над пятикилометровой пропастью буквально на волоске. На соплях, как говорится.

Но, разумеется, со всеми выше изложенными рассуждениями об Атлантиде мало кто сразу согласится. А доказательства где? – справедливо спросят дотошные любопытствующие. Правильно! Верить на слово никому нельзя. Особенно автору данной статьи.

Поэтому, с целью изучения доказательств, возьмите теперь в руки физическую карту всей Евразии и осмотрите внимательно все ее северное побережье. Особое внимание предлагается обратить на горный хребет под названием Урал. Уральские горы очень узкой тоненькой цепью простираются с юга на север, пересекая значительную часть Евразии, разделяя ее на Европу и Азию. Это знает каждый.

Но северная оконечность Уральских гор четко упирается в побережье Северного ледовитого океана. А дальше – пролив Карские Ворота шириной всего около 50-ти километров. И сразу начинается – скалистый остров Новая Земля. Вот только Новая Земля – это сейчас остров. И даже не скали-

стый остров, а островная горная гряда посреди океана. И если мысленно передвинуть Новую Землю на 50 км южнее, к материку, мысленно ликвидируя пролив Карские Ворота, то Новая Земля совершенно отчетливо состыкуется с Уральскими горами. Идеально! Будто там и была (она там и была).

Жесткий неопровержимый вывод: Новая Земля до распада Пангеи была самой северной оконечностью Уральских гор. А после распада Пангеи будущая Новая Земля была вовсе не островом, а отдельной самой высокой горной грядой на огромном острове Атлантида. И только после утопления острова Атлантида северная оконечность Уральских гор стала наконец-то самостоятельным островом Новая Земля. Что касается пролива Карские ворота, то название его в самом прямом смысле и переводе означает следующее: проход через горный хребет. То есть те, кто давал ему это название, осознавали, что Урал и Новая Земля – внешне невероятно схожи и едины, как братья-близнецы.

А еще на острове Атлантида, до его погружения вглубь Северного ледовитого океана, было три высоких горных кряжа. Эти три бывших горных кряжа – современные острова (группы островов), расположенные по цепи на самом северном краю дна Баренцева и Карского морей:

1. Северная Земля.
2. Земля Франца Иосифа.
3. Шпицберген.

Вся эта цепь из трех больших групп островов когда-то однозначно была единой горной цепью на самом северном краю Пангеи, а затем – горной цепью на самом северном краю острова Атлантида. И только после затопления Атлантиды все вершины трех горных кряжей превратились в три группы островов. И опять, если эту цепь из трех групп островов сместить на 50 км назад, к материку, то островная цепь эта на востоке отчетливо состыкуется с мысом Челюскин на Таймыре. Точно!

И сразу видно, что продолжение горных кряжей Таймыра когда-то очень давно длинной цепью (дугой) образовывало часть северного побережья Пангеи (будущей Евразии). В последующем, после распада Пангеи, эта длинная прибрежная горная цепь очень хорошо защищала центр острова Атлантида от бушующих волн Северного ледовитого океана. Кстати, очень это все похоже на прибрежные Крымские горы, защищающие центр полуострова Крым от прямого воздействия Черного моря. Таким образом, в центральной части острова Атлантида жить было вполне возможно и весьма комфортно. Тем более, что территория – огромная. Соизмерима с Африкой. Это больше, чем территория всех государств современной Европы вместе взятых. Так почему же там-таки не жить атлантам? Миллионами.

А и, правда! Остров Атлантида был весьма комфортен во всех отношениях. На северо-востоке он был хорошо защищен от Северного ледовитого океана полукольцом горных кряжей. На западе острова был прекрасный пологий выход в океан для организации рыбной ловли в Норвежских фиордах. Кстати, там же можно было иметь некий весьма значительный флот для осуществления морских походов вокруг Европы через Гибралтарский пролив в Средиземное море к Египту. А еще, между прочим, именно с запада, огибая затем остров вдоль северного побережья, к Атлантиде подходил теплый Гольфстрим в виде своей ветви под современным названием Норвежское течение. Локальный мягкий климат с вечно незамерзающим побережьем (и с незамерзающими портами на западе) – только помечтать можно.

На юге остров Атлантида был полностью отделен от материка неприступным узким проливом (напоминающим канал), надежно защищающим от многочисленных внешних материковых врагов. Там же, на юге, на выходе из Белого моря сейчас находится материковый полуостров Канин. Скорее всего, это и была очень узкая сухопутная переправа (явно рукотворная!!!) с материка на остров, которую очень удобно и легко защищать небольшим числом воинов (ну, точно как Перекоп в Крыму или 300 спартанцев в Спарте). Рядом – остров Колгуев. Скорее всего, это была вторая переправа на Атлантиду, разрушенная сейчас временем. С этих двух точек было весьма удобно организовывать грабительские набеги по территории всей восточно-европейской равнины, терроризируя ее население вплоть до Средиземного моря. И даже при беглом взгляде на карту четко видно – стратегически, с военной точки зрения, Атлантида буквально нависает над всей Европой, сама оставаясь совершенно неуязвимой.

И надо же, на материке в непосредственной близости от острова Атлантида, в районе устья реки Лены и в республике Коми на реке Печоре – золото в неограниченном количестве. То есть можно золото добывать, да еще и торговлишкой заниматься. С тем же Египтом, например. То есть властвовать над Египтом финансово. Одним словом, общее стратегическое положение Атлантиды – идеальное. Намного лучше, чем у современной островной Великобритании. Благодать неопишущая!

Итак, многие приметы Атлантиды по описаниям Платона мы подробно разобрали. И все укладывается в логическую цепь. Но нужно еще выяснить вопрос о каких-то Геркулесовых столпах, за которыми, по Платону, находилась Атлантида. Не мудрствуя лукаво, снова предлагаем войти в Интернет и просмотреть всю информацию, связанную с Сибирской рекой под названием – Лена. Так вот, на протяжении аж 40-ка километров в самом нижнем течении Лены на ее берегах (вдоль берегов) расположены так называемые сегодня «Ленские столбы». Туда в последние годы уже даже организованы регулярные экскурсии для туристов. Там сейчас – гигантский

заповедник государства Российского.

И вот, «Ленские столбы» – это древние скалистые образования, сформировавшиеся еще со времен древнего первичного океана Мировия. За сотни миллионов лет этот ранее монолитный камень подвергся ветровой эрозии с образованием огромного числа бесформенных колонн высотой свыше ста метров каждая. Вид у «Ленских столбов» реально – Геркулесовый. Колоссы. Сплошной 40-ка километровый лес из каменных колоссов. Ничего подобного в своей грандиозности на всей планете нет. И расположены они – на уровне 70-й параллели северной широты.

А наша только что вычисленная на кончике пера Атлантида где находится? А она находится не на 70-й параллели, а за ней, простираясь даже за пределы 80-й параллели северной широты, максимально далеко устремляясь к Северному полюсу. Севернее Атлантиды в Евразии вообще уже ничего, кроме воды, нет. Таким образом, наша Атлантида находится действительно за «Ленскими столбами», то есть значительно севернее их. А «Ленские столбы» и «Геркулесовы столпы» – это одно и то же. Просто исторические названия меняются, как перчатки. Знаем уже. И с точки зрения Платона, проживавшего в Средиземноморье, северная Атлантида действительно расположена – ЗА «столпами».

Вывод: абсолютно по всем на данный момент разобранным приметам от Платона выявленная нами картографическим методом исследования затонувшая Атлантида находится на дне Баренцева и Карского морей в Северном ледовитом океане. Что и требовалось доказать!

Но всю эту до предела сокращенную в данной статье доказательную базу омрачает лишь два вопроса. Вопрос первый: где многочисленные атланты на протяжении длительного периода времени брали пресную воду для питья и других многочисленных повседневных хозяйственных нужд? Вопрос второй: так почему же, все-таки, Атлантида с атлантами внезапно за сутки затонула с одновременной гибелью некоего враждебного большого греческого войска?

Вначале ответим на второй, менее важный, но весьма сложный вопрос. Здесь придется напомнить, что в первой части данной статьи (М.Ю. Кичанов, 2012) был высмеян некий якобы сгубивший всех динозавров астероид. Тут дело вот в чем: с точки зрения Вашего покорного слуги, основных вариантов падения любого астероида на Землю существует всего четыре. Перечисляем:

1. Воздушный – по типу Тунгусского метеорита. Взрыв происходит в воздухе, не причиняя особого вреда, кроме последствий воздействия воздушной и ударной волны. Кстати, над Новой Землей на парашюте была взорвана советская водородная Царь-бомба (в народе – Кузькина мать). Шума и зрелищ было много, а Новая Земля таки устояла. А могла бы, и нырнуть, будучи остатком Атлантиды (заодно вместе с Северной Землей, Землей Франца Иосифа и Шпицбергенем).
2. Наземный – это тот самый вариант, который был высмеян. Да, конечно же, землетрясение крепко тряхнет всю планету. Но слухи о тяжких последствиях для всего животного мира такого варианта падения астероида сильно преувеличены. В эпицентре все погибнут, это ясно. Но дальше все сухопутные животные упадут, полежат, встанут, отряхнутся, чихнут, и дальше пойдут. Они ж – не в небоскребах. Жители водной среды даже глазом не моргнут. Птицы чуть дольше обычного полетают, да и сядут спокойно на землю. Потому этот широко рекламируемый по телевидению вариант и был подвергнут критике.
3. Водный – разумеется, будет гигантская цунами, которая сокрушит животный мир прибрежной зоны суши. Но землетрясения не будет, ибо многокилометровая толща воды поглотит энергию удара астероида до его соприкосновения с дном океана. Центральные части материков тут страдают из-за резкого выброса огромного количества кипящей воды в атмосферу с последующим выпадением осадков (дождь с рыбой) вдоль типичной розы ветров. Следствием этого могут быть сильные локальные наводнения (и потопа, принимаемые за мировые) коврового типа. Это – наиболее частый вариант падения астероида. Воды-то больше, чем суши.
4. Прибрежный – вот этот вариант, как самый тяжкий по своим последствиям из всех предыдущих вариантов падения крупного астероида, мы тщательно и разберем применительно к Атлантиде.

И снова, в который уже раз, мы вынуждены обратить свое внимание на Сибирь и Северный ледовитый океан. Только теперь нужно персонально взглянуть на восточную Сибирь и море Лаптевых. Именно там, в прибрежной зоне, 11,5 тыс. лет назад и упал крупный астероид (порядка 1 км в диаметре), который оставил после себя гигантскую прибрежную воронку. Ее прекрасно видно на любой карте Евразии по очертаниям берегов самой южной оконечности моря Лаптевых.

Так вот, основными поражающими факторами в результате падения крупного астероида в прибрежную зону с точки зрения Вашего покорного слуги являются следующие явления:

1. ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ. Оно происходит из-за того, что глубина вод в прибрежной зоне, как правило, невелика, и поглотить всю энергию удара астероида толща воды не может. Астероид всей своей массой достигает дна. В результате землетрясение будет мощным, но, тем не менее – локальным, с разрушениями в радиусе лишь нескольких тысяч километров. Скорее всего, именно таким было сильное землетрясение, упомянутое Платоном в контексте рассказа об Атлантиде. И именно это землетрясение сорвало-таки с места давно висевший на соплях

остров Атлантида, находящийся в непосредственной близости от моря Лаптевых. Вот и рухнула Атлантида за одни сутки в наклонную воронку Северного ледовитого океана, точно так же, как наш фуникулер стремительно съезжает по склону (фуникулер есть в Киеве, например). Рухнула, но быстро остановилась. Ибо фундамент Атлантиды на большой глубине начал «выгребать» перед собой донный грунт (рыхлые осадочные породы), как ковш трактора. И когда этого донного грунта стало слишком много, процесс затопления острова остановился, Атлантида фундаментом уперлась в донные завалы. Результат этого процесса образования донных завалов Вы сами можете легко увидеть на карте глубин – это длинный донный хребет Гаккеля между котловинами Нансена и Амундсена. Он расположен четко поперек поступательного движения Атлантиды вниз. К западу от Атлантиды находится второй подводный хребет, являющийся естественным продолжением хребта Гаккеля – подводный хребет Книповича. Этот боковой донный завал тоже сыграл свою роль в торможении скольжения Атлантиды вниз. Вот из-за этих двух донных хребтов-завалов Атлантида в воронке полностью и не утонула. Вот так вершины ее гор и породили четыре группы современных скалистых островов, о которых много говорилось выше. Лингвистический результат этих событий прост: была старая земля – Атлантида, а вместо нее появилась – Новая земля, остаток бывшей Атлантиды.

2. ЦУНАМИ. Совершенно очевидно, что крупный астероид, упавший в прибрежную зону, цунами таки породит. И эта цунами пойдет во все стороны. Вот через пару суток цунами по 70-й параллели побережья Евразии на границе с Атлантидой (которая уже таки затонула) и достигла. А на том побережье неподалеку от нынешнего Белого моря (в районе полуострова Канин) – большое греческое войско, все еще находящееся в панике из-за землетрясения. Это же греческое войско – в состоянии коллективного шока из-за внезапного исчезновения вражеской Атлантиды в пучине вод. И это же войско – в состоянии эйфории от внезапной гибели смертельных врагов. Спасение от землетрясения! Гибель врагов! Победа! Праздник! О – боги! Молебны! Принесение жертв всемогущим «богам»! Экстаз! Массовый полиэтиологический психологический хаос, реактивный психоз одним словом. Нет, чтобы быстро драпать домой. Вот тут их гигантская прибрежная цунами на материке и накрыла... Ведь Атлантида только еще начала тонуть и над ней было еще мелководье, которое и является важным условием возникновения цунами. Ясное дело, прославленные греческие герои, все как один, в реактивном психозе бесславно из-за цунами на континенте и погибли. В один миг. Так что Платон и его соавторы-предшественники ничего, собственно говоря, не сочиняли. Все весьма правдиво. Реализм чистейшей воды.
3. ВНЕЗАПНОЕ ЛОКАЛЬНОЕ ОБЛЕДЕНЕНИЕ. И здесь нам придется поговорить про так называемое МЕТАНГИДРАТНОЕ РУЖЬЕ. О-о-о! Этот эффект в среде психиатров вряд ли кто знает. Дело в том, что в придонном иле (в структурах любого дна вообще) много растворенного в воде природного метана. Метан, попросту говоря, растворен в воде. То есть метан пребывает не в виде летучего газа, а в состоянии жидкости вследствие соединения метана с водой. Такое состояние метана и называется – метангидратный комплекс. Так вот, более 20-ти лет самостоятельно обслуживая свой автомобиль с топливной газовой системой на родственном метану пропане, Ваш покорный слуга заметил – при резком стремительном преобразовании сжиженного пропана в газ-пропан (струйный выхлоп через жикер – тончайшее, до 1 мм, отверстие), обязательно происходит внезапное широкое сильное обмораживание всего прилежащего на значительной площади. За этим явлением внезапного обледенения стоит банальный физический эффект – резкий отбор тепла из окружающей среды мощной струей газа, вследствие чего атмосферная вода резко конденсируется и замерзает в лед. В случае с раскаленным атмосферой до состояния плазмы астероидом, упавшим в прибрежную зону, это означает – придонный метангидратный комплекс на дне мгновенно испарился и в порядке туннельного эффекта (по шлейфу астероида) внезапно устремился вверх (в виде километрового столба в диаметре и многокилометрового столба в высоту). То есть, будто пороховой шлейф выстрела из огромного ружья в насыщенную парами воды атмосферу (облака). И этот метангидратный газовый столб мгновенно отобрал гигантское количество тепла из окружающей среды. Эдак, на пару тысяч километров вокруг себя, как минимум. Атмосферная вода в мгновение ока резко конденсировалась. И на огромной прилежащей территории возникло внезапное резкое локальное похолодание с ее глубоким обледенением. Вот из-за этого внезапного локального обледенения мамонты (и иже с ними) Восточной и Средней Сибири в одно мгновение, как знаменитый генерал Карбышев, живьем и замерзли. Вместе с прижизненной не переваренной еще едой в желудках. И момент мгновенной такой гибели мамонтов всем прекрасно известен. И он жестко, абсолютно точно, совпадает со сроками гибели Атлантиды – 11,5 тыс. лет назад. Все четко и ясно сходится. Виноват во всем – астероид, упавший в море Лаптевых.

Остается упомянуть еще вымирание знаменитых древних гигантских хвостатых динозавров, о которых шла речь в первой части данной статьи (М. Ю. Кичанов, 2012). Фокус в том, что жили эти динозавры в Северной Америке, а не в Евразии (кукольная комедия – об этом никто не говорит). Скорее всего, там тоже в прибрежную зону (Мексиканский залив, Гудзонов залив) когда-то упал крупный астероид, производя эффект метангидратного ружья. Вот хвостатые гигантские динозавры в миг и замерзли, вымерли внезапно стадами. Но в тот момент в Северной Америке был жаркий климат, а потому после быстротечного переходящего ледящего эффекта

метангидратного ружья тела хвостатых динозавров быстро разморозились и очень быстро разложились, оставив нам лишь одни кости для раскопок.

А вот в Сибири, в момент падения астероида и гибели мамонтов, было глобальное циклическое похолодание, пик которого пришелся на период 10 тыс. лет назад. Кроме того, от удара астероида слегка сместился угол наклона вращения Земли по отношению к Солнцу. И на Севере сразу стало еще холоднее. Вот на фоне этих двух явлений локально внезапно замерзшие Сибирские мамонты в дальнейшем не разморозились и не разложились. И сохранились в вечной мерзлоте до наших дней. А сейчас, когда плавно наступает глобальное циклическое потепление, тела мамонтов быстренько разложатся. И останутся от них впредь одни кости, как и от ранее погибших северо-американских динозавров. Ничего сложного. Прикладная физика.

Таким образом, с помощью знания физики, химии, геологии, географии, биологии и астрофизики всего лишь на школьном уровне мы предельно просто дали объяснения многочисленным событиям, непосредственно связанным с якобы легендой об Атлантиде. Не посрамив так честь своего старого любимого школьного учителя географии, можно спокойно утверждать: Атлантида – не миф. Остров (точнее, континент) Атлантида – это грубая и жестокая историческая реальность. Она отчетливо существует и по сей день в виде остаточной группы скалистых островов (бывших горных вершин) в Северном ледовитом океане, в районе Баренцева и Карского морей. И больше тратить время на поиск доказательств этого факта мы сейчас не будем. Хватит пока. Объем статьи не позволяет.

И мы теперь вправе использовать все вновь полученные данные об Атлантиде для достижения главной цели данной статьи, посвященной стратегическому вопросу об истинном происхождении человека от динозавров. Надеемся, что читатели об этом наиболее важном вопросе еще не забыли.

Вот тут нам и понадобится еще один ответ на еще один ранее поставленный волнующий вопрос: где многочисленные атланты на протяжении длительного периода времени брали пресную воду для питья и других многочисленных повседневных хозяйственных нужд? Для получения ответа на этот вопрос нужно снова очень внимательно посмотреть на рельеф дна Баренцева моря. И видно: в самом его центре, чуть ближе к матерiku, есть довольно значительная по размерам большая впадина. Скорее всего, на острове Атлантида это было огромное пресноводное озеро, собиравшее пресную воду с окружающих его четырех горных кражей.

А теперь – то самое главное, основное и наиважнейшее, то самое ценнейшее, ради чего пришлось потратить целых пять драгоценных страниц психиатрического журнала для разбора темы про Атлантиду, чтобы хоть первично вывести ее из разряда мифов в объективную реальность после 11,5 тыс. лет ее виртуальности. Наконец-то, мы имеем возможность снова вернуться к разговору про великую реку Обь и ее устье, с чего и начат был весь разговор про Атлантиду. Да и вообще, вся предыдущая скачка многочисленных тем в одной статье с самого начала была организована именно ради Оби. Так вот, в процессе поисков источников пресной воды на Атлантиде, было картографически поквратно изучено все дно Баренцева и Карского морей. И самая интересная картографическая находка обнаружилась на дне Карского моря именно возле современной Оби.

Д-а-а! Вот бы поговорить об этой находке со своим коллегой по подводной охоте Сан Санычем Коробовым! Уж он-то видел морские глубины и рельеф морского дна своими собственными глазами. Видел не в кино и не на картинке. Видел в реальности. Трогал морское дно руками. Мы с ним быстро нашли бы общий уникальный невербальный подводный язык, известный только лишь подводным охотникам! Но, не суждено. Поэтому раскрывать тему водной среды обитания для «сухопутных» психиатров Вашему покорному слуге придется в одиночку. Без поддержки. В порядке почтения светлой памяти заядлого подводного охотника и проф. психиатрии А. А. Коробова.

Так вот, на дне Карского моря картографически (см. карту № 3) обнаружено следующее: справа от Новой Земли, на всем ее протяжении, непосредственно прилегая к Новой Земле по дуге, дно Карского моря имеет многокилометровую продольно вытянутую глубокую запараллельную иссеченность, перемежающуюся с многочисленными участками отмелей. Именно так выглядят все крупные реки в низовье: множество русел и рукавов в сочетании с множеством камышовых островов. Примерно так же выглядит пятерня руки: ладонь с растопыренными пальцами. И любой опытный подводный охотник сразу, сходу определит – это старая дельта огромной реки. В народе говорят – старица. Однозначно!

Была проведена проверка достоверности этих предварительных данных и по литературным научным источникам. И оказалось, что вся геолого-географическая литература последних 40-ка лет, посвященная новейшим исследованиям рельефа дна Карского моря, так и пишет: на дне юго-восточной части Карского моря находится дельта какой-то древней реки. Никаких сомнений.

Результаты тщательного картографирования дна Карского моря Вы всегда можете посмотреть самостоятельно в Интернете по запросу в Google: **карта глубин и рельефа дна Карского моря** (см. карту № 4). Там эта древняя дельта разрисована во всей красе. Вот только никто пока, почему-то, не говорит какой именно реке принадлежит эта древняя дельта. Хотя ясно, что дельта реки без самой реки не бывает. И тем более никто не связывает эту древнюю дельту с Обью. Почему-то. Очень это странно, ведь Обь – совсем рядом. Ближе всех.

Карта № 4 Карта-схема рельефа дна Карского моря с расположенной на нем древней дельтой Оби.



Переоценить факт обнаружения огромной старой дельты огромной реки на глубине 200–300 метров на дне океана просто невозможно! Ибо дельты реки на такой глубине в океане просто быть не может. Такая дельта может сформироваться только на поверхности, на суше. И сформировалась она именно на суше еще в плейстоцене, как говорят все источники. А это, уважаемые, означает, что еще в плейстоцене Атлантида с находящейся на ней огромной старой дельтой точно была частью материка по которому текла большая река. И эта река, как настойчиво утверждает Ваш покорный слуга, – Обь.

Доказательства этого факта состоят в следующем. Посмотрите на карту Западной Сибири и Вы увидите, что сейчас Обь впадает в Обскую губу, которая и выполняет функцию дельты. Левый берег Обской губы – это полуостров Ямал. Правый берег Обской губы – это Гиданский полуостров. Береговые линии обоих полуостровов идентично повторяют друг друга на всем протяжении. Изложенное позволяет нам утверждать, что Обская губа – это результат разлома материковой зоны, а не естественная дельта реки.

Скорее всего, астероид, ударивший в море Лаптевых, кроме всего прочего, привел к разлому и смещению части суши с образованием самостоятельного полуострова Ямал. Смещение полуострова Ямал на запад привело к поднятию части суши вблизи северной оконечности Уральских гор и перекрытию старого русла

Оби, которое возле Урала раньше и находилось. И на карте Западной Сибири четко видно, что на участке между современной дугой нижнего русла Оби и Байдарской губой находится глубокое змеевидно извитое предгорное ущелье. Вот оно-то и является старым нижним руслом Оби перед ее впадением в затонувшую на Атлантиде древнюю огромную дельту.

И ясно, что еще 11,5 тыс. лет назад пресная вода из Оби в огромном количестве поступала в естественный канал между Атлантидой и материком. То есть на огромном протяжении канала в нем было пресной воды вдоволь. И у Атлантов с пресной водой проблем вообще не было. И с осетрами тоже!

Вывод: еще 11,5 тыс. лет назад Обь впадала не в Обскую, а в Байдарскую губу, которая находится абсолютно точно напротив затопленной древней дельты на Атлантиде. То есть древняя затопленная дельта в Карском море – это огромная древняя дельта именно Оби, а не чего-либо другого. Это означает, что РЕКА ОБЬ ИМЕЛА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ТРИ РАЗНЫЕ ДЕЛЬТЫ В РАЗНОЕ ВРЕМЯ СВОЕГО СУЩЕСТВОВАНИЯ. И новые дельты Оби возникали буквально, как головы у гидры.

А если внимательный читатель еще раз взглянет на карту, то рядом с Обской губой он увидит еще и Енисейскую губу. Детально разглядывая рельеф дна Карского моря напротив Енисейской губы можно легко увидеть еще одну древнюю дельту. И ясно – это древняя затопленная дельта Енисея. Енисей, оказывается, имел хоть и не три, но две разные дельты в разное время! Современную и древнюю.

Обе древние затопленные дельты Оби и Енисея в Северо-восточной части дна Карского моря сливаются воедино и устремляются единым потоком еще дальше на север по 80-му меридиану восточной долготы. И на карте можно четко увидеть, что этот единый поток проходил между Северной Землей и Землей Франца Иосифа и впадал в древний Северный ледовитый океан аж за 80-й параллелью. ЭТО – САМАЯ СЕВЕРНАЯ ТОЧКА ВПАДЕНИЯ ДРЕВНИХ РЕК В СЕВЕРНЫЙ ЛЕДОВИТЫЙ ОКЕАН ИЗ ВСЕХ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ВО ВСЕ ВРЕМЕНА. Севернее этой точки никаких других древних дельт просто не было и нет. И ради обнаружения одной лишь этой важнейшей географической точки пришлось так сильно побеспокоить внимание читателей.

Ибо теперь становится совершенно ясно, что если самозарождение жизни на Земле до стадии рыб первично происходило в районе северного полюса в акватории Северного ледовитого океана, то наипервейший выход земноводных на сушу мог произойти только в ближайшей к северному полюсу точке. Локализации этой точки мы и посвятили так много места и времени. Вот ее современные базовые координаты с учетом смещения Атлантиды обратно к матерiku: 80° северной широты и 80° восточной долготы (в древности эта точка располагалась южнее, примерно на 70-й параллели). Здесь и появились самые первые земноводные (амфибии) на Земле. То есть в древней единой дельте Оби и Енисея.

И тут возникает вполне резонный вопрос: почему автор данной статьи все время так много говорит про Обь и умалчивает про Енисей, хотя их древние дельты, как оказывается, едины? А дело в том, что любой опытный подводный охотник знает: лягушки на быстрине не плавают, они любят тихую воду. Потому что у лягушек хвоста нет, а значит им нечем бороться с сильным течением. На коротких лапах – не выпрести. Особенно не выпрести на глубине из-за внезапного мощного гидродинамического удара течения. Вот о скорости течения в водной среде обитания и о необходимости хвоста мы дальше и поговорим.

Здесь сразу нужно сказать, что любой сведущий в ихтиологии и в рыбном хозяйстве специалист знает: видовое разнообразие и количество представителей фауны в любой реке зависят в первую очередь именно от скорости течения реки и от наличия у реки большой развитой дельты. И мы уже отчетливо показали, что обширная дельта у Оби в древности таки была. Что касается скорости течения, то из всех сибирских рек, впадающих в Северный ледовитый океан, самый низкий показатель именно у Оби на всем ее протяжении. Ибо только Обь протекает по равнине на всем своем протяжении. Остальные сибирские реки текут по наклонной плоскости. И показатели скорости течения у них как минимум вдвое выше. В том числе, несмотря на единую древнюю дельту, Енисей течет вдвое быстрее Оби.

Отсюда следует, что с точки зрения вопроса о происхождении человека средовой естественный отбор в Енисее и Оби пошел разными путями. То есть разными путями пошла трансформация первичных рыб в первичных амфибий. Для борьбы с быстрым течением Енисея первичным амфибиям однозначно нужен был хвост. Зато в медленном течении Оби (4 км/час – скорость пешехода) хвост для амфибий был необязателен. Более того, хвост мешал выживанию, лишая амфибий превосходства в маневренности. И за хвост можно ухватиться зубами (вспомните ящериц, сбрасывающих хвост). Вот на Оби хвост у первичных амфибий и редуцировался. Поэтому именно в Оби и больше нигде были **НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЕ СРЕДОВЫЕ УСЛОВИЯ** для появления и выживания бесхвостых форм амфибий, как наиболее ранних сухопутных предков будущего бесхвостого человечества.

Далее логика подсказывает, что именно в районе Оби первичные бесхвостые амфибии впервые трансформировались в бесхвостых четвероногих рептилий. И уж только затем именно в районе Оби бесхвостые четвероногие рептилии трансформировались в бесхвостых двуногих наклонноходящих рептилий. То есть в тех самых первичных наклонноходящих динозавров, о которых настойчиво говорит Ваш покорный слуга вот уже 15 лет подряд (Кичанов М. Ю., 2011 а, 2011 б, 2012). Больше им возникнуть нигде было, или их возникновение происходило с огромным опозданием. Ибо, повторимся, только в районе Оби в древности для этого были абсолютно все, и все самые ранние средовые условия.

Таким образом, первичные двуногие формы на нашей планете, ставшие прародителями абсолютно всего будущего человечества, однозначно появились на территории современной Западной Сибири благодаря исключительным средовым особенностям Оби в сочетании со средовыми особенностями всей Западно-сибирской равнины в целом. Там же, соответственно, возник и первичный **РАННИЙ ГЕНОФОНД** всего будущего человечества с точки зрения вопросов становления прямохождения и разума. И именно там, в древнейших геологических пластах Западной Сибири, близких к мезозою, нужно искать при раскопках то самое недостающее звено (missing link), которое вот уже более 100 лет безуспешно ищут палеонтологи. Ищут совсем не там, где следует искать прежде всего. И ищут совсем не то, что искать на самом деле нужно. Потому и проблемы у палеонтологов. Ибо нельзя найти черную кошку в темной комнате, если ее там нет.

И нужно понимать, что искать в Западной Сибири нужно вовсе не обезьян, которые к происхождению человека никакого отношения не имеют. Ибо эволюционным промежуточным звеном (intermediating link) между амфибиями и человеком были исключительно рептилии (динозавры) в виде *Homo reptilicus* (рептилиеподобный, динозавроподобный человек). А самым ранним звеном в среде двуногих бесхвостых динозавров были именно двуногие наклонноходящие динозавры.

Чтобы их как-то выделить из среды других двуногих наклонноходящих динозавров с точки зрения происхождения человека, предлагается ввести новый обозначающий термин. Для этого вначале обратимся к словарю: «*Lat. inclination калькулирует греч. enklisis (klisis) «наклонение», «нагибание», от klino «наклоняю»* Г. П. Цыганенко (1989:250). А дальше у нас логически получается следующее: *Homo enklisis* – это человек наклонноходящий, как самая ранняя рептилиеобразная человеческая форма, непосредственная предшественница *Homo erectus* (человек прямоходящий). Можно и усилить звучание термина: *Homo enklisis reptilicus* – человек наклонноходящий динозавроподобный.

В результате у нас выстраивается стройная логическая терминологическая цепочка, отражающая основные этапы происхождения современного человека от двуногих динозавров: *Homo enklisis* (человек наклонноходящий) → *Homo erectus* (человек прямоходящий) → *Homo habilis* (человек умелый) → *Homo sapiens* (человек разумный).

Но кроме латинских и греческих терминов, отражающих динамику развития вида, в науке принято еще давать названия по месту происхождения вида. И, поскольку наш новоявленный *Homo enklisis* в своем развитии локализовался, скорее всего, только лишь в регионе Западной Сибири, то и назовем мы его – **СИБИРОЗАВР**. Или, иными словами, бесхвостый двуногий наклонноходящий динозавр из Сибири. И это слово **СИБИРОЗАВР** эквивалентно следующим научным терминам: missing link, intermediating link, *Homo reptilicus*, *Homo enklisis*, *Homo enklisis reptilicus*. То есть мы все время говорим о разных ипостасях одного и того же. Для обезьян, приматов или «обезьяноподобного предка» здесь места нет и быть не может – лишние.

И обращаемся к эволюционистам-приматологам: как Вы видите, действительно все вовсе не так легко и просто, как с фальшивой виртуальной обезьяной по Ч. Дарвину. Зато все логич-

но и динамически последовательно. И даже увязано с динамикой формирования и свойствами среды обитания. И вскоре даже будет увязано с генетикой в теории хромосомного числа, чего эволюционисты-приматологи так и не смогли за десятки лет сделать. А ведь не помешало бы.

Ну а пока мы получаем возможность изложить упрощенную, но максимально логичную и реалистичную цепочку стадий возникновения человека в процессе самозарождения и эволюции жизни на Земле. С новейших теперь уже позиций эта цепочка может быть изложена следующим образом: неорганика → органика → коацерваты → одноклеточные → многоклеточные промежуточные → позвоночные → рыбы → хвостатые амфибии → бесхвостые амфибии → бесхвостые четвероногие рептилии (динозавры) → бесхвостые двуногие наклонноходящие динозавры → бесхвостые двуногие прямоходящие динозавры (уже человеко-рептилии) → бесхвостые двуногие предчеловеческие переходные млекопитающие формы → человек современный → человек будущего.

И вот здесь мы приготовили для эволюционистов-приматологов большой-пребольшой сюрприз. Дело в том, что было бы очень неплохо вразумительно ответить на преинтереснейший вопрос: а что это за бесхвостые четвероногие динозавры, которые постулируются автором данной статьи, как непосредственные предшественники бесхвостых двуногих наклонноходящих динозавров (*Homo enklisis*)?

Так вот, господа, держитесь за стул крепко и долго, потому что именно сейчас произойдет предельно жестокое и беспощадное низвержение обезьяноподобного предка по Ч. Дарвину. А вместе с ним и низвержение с пьедестала почета приматов, которые сотню лет будоражили воображение эволюционистов. И предлагаем эволюционистам-приматологам хоть на секунду забыть про излюбленных привычных приматов и обратить самое пристальное внимание на обыкновенного БУРОГО МЕДВЕДЯ (*Ursus arktos*)!!! То есть, на мишку косолапого, который по лесу идет, шишки собирает и песенки поет. И он таки на двух ногах весьма уверенно идет! И он числится хищником, но он всеяден! А ведь и умен же мишка косолапый!

Легко представить себе тот шок и негодование, которые в первую секунду возникнут у эволюционистов-приматологов после такого дерзкого заявления. Но когда шок пройдет, а негодование поутихнет, начнется обдумывание новоявленного тезиса. И вот когда оно начнется, тогда очень и очень быстро все станет на свои места. Потому что факты – упрямая вещь. А все собранные на сегодняшний день Вашим покорным слугой факты отчетливо указывают на то, что четвероногим бесхвостым предком человека в среде динозавров на самом деле был БЕСШЕРСТНЫЙ МЕДВЕДЕПОДОБНЫЙ ПРЕДОК.

И именно этот бесшерстный (голый) медведеподобный предок был предком и шерстистых бурых медведей, и голого человека. Просто общий медведеподобный предок в Западной Сибири дал две более поздние близкие эволюционные линии – бурый медведь и человек. Вот бурый медведь, как наиболее близкий к нашим общим предкам в среде четвероногих, и должен стать новым центральным реальным объектом исследования для эволюционистов и генетиков взамен приматов.

Сейчас эту тему мы подробно обсуждать не будем из-за полного отсутствия места в короткой статье. Ибо тема – гигантская. Для своего раскрытия она требует объема целой книги. Но в ближайшей следующей журнальной статье мы эту тему ЗАМЕНИ «ОБЕЗЬЯНЫ» НА «МЕДВЕДЯ» максимально обозначим. Так что фора на сто очков вперед у эволюционистов-приматологов для упреждающей подготовки любых формулировок каких бы то ни было возражений имеется. Но, несмотря на эту фору, медведеподобный предок человека победит обезьяноподобного предка. И большая просьба: не нужно потом, задним числом, ехидно заявлять, что человек произошел от медведя. Ваш покорный слуга так не думал, не говорил, не писал.

И, продолжая шахматную партию, условно начатую еще в предыдущей статье (М. Ю. Кичанов, 2012), объявляем обезьяноподобному предку человека по Ч. Дарвину очередной серьезнейший шах!

Что касается происхождения приматов, то не беспокойтесь. Придет время, совсем уж скоро придет время, и мы уделим их истинному происхождению самое пристальное внимание. Никуда приматы от нас не денутся. Разберемся. И еще раз забегаем далеко вперед: несмотря на медведеподобного предка, приматы не должны выпасть из поля зрения эволюционистов. Ни в коем случае. Потому что для дальнейшего движения эволюционной психиатрии (В. П. Самохвалов, 1993) вперед впредь понадобится минимум два объекта исследования. И медведи, и приматы. И кое-кто еще!

Теперь же нам нужно осветить еще целый ряд вопросов, связанных не столько с первичным возникновением человека, сколько с его распространением по планете Земля с учетом многократно упоминавшихся разломов в единой Пангее и образованием отдельных материков.

Кстати, эволюционисты-приматологи эту взаимосвязь между расположением материков и виртуальным обезьяноподобным предком по Ч. Дарвину установить пытаются, конечно же. Но ничего рационального из этих попыток никак не получается. Логические связи упорно не устанавливаются. У эволюционистов-приматологов здесь массовые нестыковки и тотальная неразбериха. Приматы почему-то порхают в пространстве и времени, словно легендарная птица Феникс. Если хоть на секунду довериться эволюционистам-приматологам, то придется поверить, что африканские приматы не только на Тибете жили, но и на вершине Эвереста бананы за обе щеки уплетали. Полный провал.

Итак, мы возвращаемся к вопросу о взаимосвязи сибирской реки Обь с ариями. Через проблему Атлантиды, разумеется. Абсолютно вынуждено нужно сказать еще несколько слов о проблеме Гипербореи (в переводе – земля за севером). Не имея никакой возможности вдаваться в подробности и детальные обоснования из-за раздувающегося объема статьи, скажем так: очевидно, что древняя легендарная сухопутная Гиперборея – это современное дно моря Лаптевых и Восточно-Сибирского моря.

То есть все предельно просто. В своем извечном медленном движении от экватора на север Лавразия (ныне – Евразия) всем своим длинным северным побережьем в доисторические времена нависла над бездной Северного ледовитого океана. Как козырьком крыши. То есть, потеряв опору. Сначала от Лавразии отломилась западная часть северного побережья с образованием острова Атлантида. Гораздо позже отломилась восточная половина «козырька» в виде Гипербореи и сразу ушла под воду первой, образовав дно моря Лаптевых и дно Восточно-Сибирского моря (и острова в них). А затем, 11,5 тыс. лет назад, после удара астероида в уже затопленную Гиперборею, сорванный в пропасть землетрясением, затонул еще и остров Атлантида. О чем много говорилось выше. Элементарно просто (см. карту № 5).

Карта № 5. Пангея в современных геолого-географических представлениях, с которыми автор данной статьи частично не согласен. Но в верхней части рисунка хорошо видна Евразия. И к ней присоединен затонувший материковый «козырек» в виде Атлантиды и Гипербореи. Тут – полное согласие.



Так вот, первичный выход амфибий на сушу произошел на всем северном побережье Лавразии в устьях всех северных рек. На Атлантиде и Гипербореи. Однозначно. Но, сперва были это хвостатые амфибии, непосредственно происшедшие от рыб. Затем все хвостатые амфибии плавно начали трансформироваться в хвостатых четвероногих рептилий. Именно в это время хвостатые амфибии на древней Оби породили бесхвостых амфибий, то есть со значительным отставанием от хвостатых форм. В результате длительной борьбы за существование бесхвостые амфибии в регионе Оби победили хвостатых амфибий и трансформировались в бесхвостых четвероногих рептилий. И уж только затем бесхвостые четвероногие рептилии в регионе Западно-Сибирской равнины породили бесхвостых двуногих наклонноходящих динозавров. То есть, со значительным отставанием от хвостатых форм, – наконец-то возник Номо enklisis. Сибирозавр.

В результате длительного эволюционирования на территории Западно-Сибирской равнины первоначальный Номо enklisis постепенно выпрямил походку и вслед за перемещающимся благоприятным климатом устремился к экватору. За миллионы лет пройдя трудный путь по цепи рек Обь – Иртыш – Тобол – Тургай, Номо enklisis оказался в Туранской низменности на Арале. Но, теперь уже в виде окончательно сформировавшегося Номо erectus. То есть истинно человека прямоходящего, но еще без признаков наличия интеллекта. Вот то и были первичные арии, наши наидревнейшие прямоходящие предки, наши общие умственно неразвитые прародители. И были они наиболее близки к РАМАПИТЕКУ, который обнаружен палеонтологами в предгорьях Гималаев близ Индии. То есть максимально близко к региону древнего бассейна Аральского моря. Ведь именно рамапитек общепризнанно считается самым ранним представителем Номо erectus! У нас все идеально сходится.

Но дальше в своем стремлении к экватору Номо erectus обязан был упереться в Индийский океан, а потому дороги активно размножающихся ариев (сибирозавров) не по их желанию, а из-за геолого-географической структуры среды обитания, обязаны были разойтись в разные стороны. И разошлись они еще до Индийского океана – в районе Арала. Одна часть ариев (сибирозавров) вдоль рек и по долинам устремилась на восток. Именно так они попали на Тибет и в Китай. Именно так возник синантроп, как потомок сибирозавра.

Скорее всего, именно в этот момент Гондвана (Австралия с Антарктидой) откололась от Пангеи. Именно поэтому наидревнейшие наши предки в виде сибирозавра в Австралию и Антарктиду не попали. Не успели. И крайней юго-восточной точкой, которой достиг сибирозавр через Индию и Индокитай, пройдя стадию рамапитека, стал остров Ява, где и обнаружен явантроп (он же – питекантроп). То есть явантроп (питекантроп) – это прямые потомки сибирозавра через промежуточного рамапитека.

Одновременно из-за противоудара при отколе Гондваны от Пангеи вздыбились Гималаи (и другие близлежащие горные хребты), что привело к изоляции новоявленной цивилизации Номо erectus на юго-востоке Евразии с последующим образованием всей монголоидной расы. То есть белокожие Номо enklisis и первичный Номо erectus под влиянием среды обитания постепенно

изменили цвет кожи с белого на желтый. И уже только затем на востоке Евразии появился *Homo habilis* (человек умелый) в его азиатском варианте существования. Конечный продукт антропогенеза на востоке Евразии – *Homo sapiens* (человек разумный) с его отчетливо азиатскими хантрологическими особенностями. И с внешностью, близкой к внешности народов Севера. То есть с нордической внешностью.

Последнее, что нужно кратко сказать об антропогенезе на востоке Евразии, – пока на юго-востоке Евразии шли выше описанные трансформации, на севере Евразии местные оседлые сибирозавры тоже плавно размножались, трансформировались и плавно разбегались по прилежащим территориям. Разбегались только и исключительно в восточном и юго-восточном направлениях. Ибо путь на запад им полностью преграждали древнейшие трудно преодолимые Уральские горы (в древности их называли Рипейские горы). В том числе, Атлантида уже откололась от материка, и узкий северный проход на запад в Европу тоже оказался закрыт. Результат налицо – на Алтае обнаружен архантроп. Скорее всего, архантроп и является самым прямым потомком сибирозавра, пришедшего на Алтай вдоль восточных ветвей и притоков Оби, и по Енисею с Леной.

И тут обращаем самое пристальное внимание на верования алтайских шаманов, как основных хранителей специфических культов и древних народных преданий. Алтайские шаманы твердо убеждены: первые люди на Алтай пришли именно с севера. А на севере от Алтая то самое – реки Лена, Енисей, Обь. Да Гиперборея с Атлантидой. И именно в районе дельты реки Лена уже обнаружены наидревнейшие на планете единичные каменные орудия труда наидревнейших людей. А между устьем Лены и Алтаем на юге Якутии обнаружена очень древняя стоянка Диринг-Юрх, возраст которой наводит трепет на эволюционистов-приматологов. Потому что тезис о происхождении человека в юго-восточной Африке этой намного более ранней стоянкой буквально опрокидывается.

Ну а самыми современными и наипрямыми потомками оседлого сибирозавра, конечно же, являются древние народы и народности севера. Заметьте – белокожие народности с весьма характерными общими внешними чертами, гены которых совершенно отчетливо мозаично проявляются в их потомственной монголоидной расе. И очень интересно то, что один из оседлых северных народов Евразии по сей день именуется загадочным термином САМОЕДЫ. Ни на чем настаивать не будем, но смутные ассоциации с древним каннибализмом динозавров и тяжким прямым генетическим наследием прошлого возникают... Впрочем, какое там прошлое! Случаи каннибализма, принесения человеческих жертв богам и странные убийства с расчленением трупа в Западной Сибири и сейчас есть. Читайте криминальную хронику.

Настало время опять, в очередной уже раз, вернуться к ариям (сибирозаврам). Напоминаем, что в районе Аральского моря однозначно была развилка, где пути сибирозавров в процессе исхода от Оби разошлись. Восточное и юго-восточное направления исхода ариев (сибирозавров) от Арала мы кратко разобрали. Теперь нам нужно совершить исход вслед за ариями (сибирозаврами) по развилке путей на запад от Арала. И означает это то, что мы начинаем плавно огибать Уральские горы с юга через Туранскую и Прикаспийскую низменность в Европу и Среднюю Азию, обходя Каспийское море с двух сторон.

И, забегая очень далеко вперед, сразу скажем, что удивительнейшим образом вместе с белокожим *Homo erectus* в виде ария-сибирозавра нам предстоит пройти будущий знаменитый ВЕЛИКИЙ ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ. Тем самым мы лукаво намекаем, что когда случайных совпадений становится много и слишком много, то сказка становится похожей на правду. Ибо очень надеюсь, что читатели из числа ортодоксальных эволюционистов-приматологов уже давно сообразили – автор данной статьи и Ваш покорный слуга просто добрый сказочник. Андерсен.

Так вот, на карте Евразии хорошо видно, что севернее Каспийского моря – весьма удобная для проникновения *Homo erectus* в Европу пологая долина. И сразу – великая река Волга. Двигаясь против течения вдоль Волги и ее многочисленных притоков, можно плавно освоить Восточную Европу, а затем и Западную Европу. И именно по реке Волге, двигаясь вдоль Уральских гор с запада на север через реку Каму и реку Печору, можно проникнуть не куда-нибудь, а к самим истокам всего человечества. То есть обратно на Атлантиду, которая к тому времени стала островом.

Вот это да! Вначале из материковой Атлантиды вдоль восточной стороны Уральских гор на юг совершил великий исход *Homo enklisis* (сибирозавр). Но обогнул Уральские горы на юге уже *Homo erectus* (сходный с рамапитеком). В обратном направлении вдоль западной стороны Уральских гор прошел теперь уже *Homo habilis* (неандерталец на юге Восточной Европы и вертепшселешский человек на севере Восточной Европы). И уже на остров Атлантида в исходную точку вернулось двуногое существо с абсолютно четким наличием признаков *Homo sapiens*. И там, на Атлантиде, возникла сверхмощная по древним временам цивилизация. Она долго держала за горло всех в Европе и в Северной Африке. И бездарно утонула. Булькнула. И Платон в своих оценках грубо ошибся – булькнул не остров, а континент.

Шикарный итог реверсного вояжа продолжительностью в десятки миллионов лет! Судьба древних городов Помпеи и Геркуланума, погибших у подножия Везувия – это детский лепет по сравнению с судьбой Атлантиды. Ведь булькнуло не что-нибудь, а сама колыбель всего человечества. Шекспира можно отправлять на пенсию.

Но, тем не менее, часть потомков белокожего сибирозавра уже в виде белокожих ранних неандертальцев, форсировав реки Волгу и Дон с востока на запад, проникла в Черноморский регион на его севере (включая Крым). То есть речь идет о современной территории Украины. Скорее всего, именно здесь возникли поздние неандертальцы. А тут сразу великий Днепр и Десна. И по-прежнему, всегда упорно и настойчиво идя против течения, неандертальцы (*Homo habilis*) вдоль этих рек освоили всю Восточную Европу, прародину белокожих славян.

Благодаря многим рекам Европы (ключевая роль у рек по цепи Днепр – Припять – Висла – Рейн), обогнув с юга Альпы, белокожие неандертальцы устремились в Западную Европу с выходом на оконечность Пиренейского полуострова. И по пути породили белокожего гейдельбергского человека (Германия), а позже кроманьонца (Франция), как прародителей всей современной белокожей западно-европейской цивилизации. По ходу Волги, на развилке путей по Неве и Северной Двине, огибая Альпы с севера, возникли прибалтийские и скандинавские цивилизации.

Но значительно раньше произошла еще одна очередная глобальная катастрофа. От Европы и Северной Африки с треском откололись Гренландия и Северная Америка (это второй этап распада Пангеи после откола Гондваны). Постепенно начал формироваться Атлантический океан, которого в природе раньше вообще не было. Вот потому ни древний гейдельбергский человек, ни кроманьонец, ни в Гренландию, ни в Северную Америку и не попали. Опоздали. Не успели.

Впрочем, в Северную Америку гейдельбергский человек и кроманьонец не могли попасть и в принципе. Ибо Северная Америка во времена Пангеи была состыкована с Северной Африкой. И к Европе Северная Америка вообще не имеет никакого прямого территориального отношения. Потому что между Северной Америкой и всей Западной Европой была вклинена Гренландия.

И остается нам вспомнить про реку Дунай. Пройдя вдоль нее и форсировав ее, белокожие неандертальцы устремились на Балканы. В северное Средиземноморье. Результаты этого движения видны и по сей день. Население – белокожее. Точнее – смуглое. Цвет кожи развивается последовательно. Комментарии излишни.

И вот на Балканах мы пока приостановимся и вернемся снова к ариям-сибирозаврам в район Аральского моря. И попробуем пройти вместе с ними хоть куда-нибудь южнее Каспийского моря. Только сперва нужно еще раз осознать, что человек произошел не от приматов, а от динозавров с их поведенческими особенностями: малоподвижность, оседлость, медлительность, несообразительность, энергетическая несостоятельность, терморегуляторные проблемы.

А южнее Каспийского моря поперек любой воображимой дороги на запад и юго-запад – Кизилкум, Каракумы, хребет Капетдаг, Эльбрус, хребет Кухруд и Большая соляная пустыня. То есть целый каскад горных хребтов и других разных препятствий, несколькими эшелонами (заборами) стоящих поперек дороги. А сразу за ними поперек дороги еще и две мощные реки Тигр и Евфрат (там-то и были потом шумеры). Сейчас эти реки впадают в знаменитый Персидский залив, переходящий в Оманский залив с выходом в Индийский океан. Но! Обратите внимание – у Тигра и Евфрата почему-то нет развитой дельты! А это, господа, означает, что старая дельта Тигра и Евфрата находится не в Персидском, а в Оманском заливе.

Посмотрите на карту глубин Оманского залива, и Вы быстро в этом убедитесь. Там все дно иссечено продольно старыми веерными руслами, типичными для дельты. Из этого следует, что Персидский залив – это результат очередного разлома в ходе откола Африки от Евразии. То есть Лавразия (Евразия + Африка) постепенно распадается на отдельные материки. И процесс этот в самом ходу! Мало того, что Красное море – это очень старый разлом (возраст – 25 млн лет), то есть еще одно препятствие для ариев-сибирозавров. Так еще и Персидский залив – это второй разлом, да еще и очень свежий. Потому что новая дельта у Тигра и Евфрата даже не успела еще сформироваться. И даем железный прогноз: в недалеком времени Аравийский полуостров станет островом. Абсолютно однозначно.

Да и сам современный Аравийский полуостров – это не оазис. Рек нет. Одни пески да камни. Из всего выше перечисленного по поводу дороги на запад для ариев-сибирозавров южнее Каспийского моря, напрашивается скоропалительный вывод: для ариев-сибирозавров там дороги не было. И попасть этим путем в Африку они не могли. Слишком много древних непреодолимых преград. Динозавр в гору не пойдет! И, следовательно, арии-сибирозавры к африканским австралопитекам никакого прямого отношения не имеют.

Но! Несмотря на значительное количество перечисленных выше препятствий, кратчайший путь в Африку южнее Каспийского моря все-таки был, есть и будет. И путь этот – тот самый древний ВЕЛИКИЙ ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ, по которому из Китая и Тибета люди тысячелетиями пешком ходили, ходят и будут ходить именно в Африку (см. карту № 6). Сейчас этот караванный путь пролегает через страны: Китай, Киргизия, Казахстан, Таджикистан, Узбекистан, Туркмения, Иран, Турция. И у нас нет ни малейших оснований говорить, что путь этот возник только лишь в последние тысячелетия (открыт якобы за 2 тыс. лет до р. Хр.).

Скорее всего, этот путь был всегда один и тот же, представляя собой старые тропы нашего предка в виде сибирозавра. И эти старые заброшенные тропы сибирозавра просто заново открыли для современных нужд в шелке. За исключением одного момента – Персидского залива раньше не было. Это хоть и древнее, но не такое уж и старое образование.

Карта № 6. Великий шелковый путь.



лишь несколько шагов. Вот там и появился австралопитек, как наипрямейший потомок арии-сибирозавра в Африке.

А уже экваториальные австралопитеки в юго-восточной Африке под влиянием тамошнего чрезмерно высокого уровня радиации на Олдувае из-за урана (Г.Н. Матюшин, 1982) дали две новые эволюционные линии бесхвостых двуногих: человек чернокожий и три вида приматов (горилла, шимпанзе, орангутанг). То есть три вида приматов – это не древнейшие, а самые молодые из всех молодых видов бесхвостых двуногих. Да ведь уже и не двуногих, а – четвероруких с хождением на двух руках.

И размеры черепов австралопитека близки к размерам черепов рамапитека, который наиболее близок к Аралу и сибирозавру. И общий облик человека чернокожего (особенно лицо) весьма близок к общему облику (опять лицо) смуглых людей из Средней Азии, живущих непосредственно вдоль великого шелкового пути. И лица северных народов Сибири, Южной Азии, Средней и Южной Африки подобны. И возраст рамапитека – 9–14 млн лет. А возраст австралопитека – 7–8 млн лет. Это – идеальная стыковка по радиоуглеродным датировкам. Посмотрите на обратную динамику цифр, от древности – к современности: 14 → 9 → 8 → 7. Один промежуточный миллион лет (9 → 8) сибирозавр (схожий с рамапитеком) потратил на Великий шелковый путь. Шаткой походкой, пешком, разумеется. Все идеально сходится.

Таким образом, вовсе не австралопитеки, не обезьяноподобный предок, не обезьяны, и не приматы стали предками всего человечества в целом. ОБЩИЙ АНТРОПОГЕНЕЗ И ПРИМАТОГЕНЕЗ ПРОИСХОДИЛИ В ОБРАТНОМ НАПРАВЛЕНИИ. Австралопитеки дали лишь одну изолированную линию человека чернокожего. И напоминаем, что Ч. Дарвин во время путешествия на Бигле побывал в Южной Америке и в Африке. На обезьян насмотрелся вдоволь. Запечатлел их на всю оставшуюся жизнь. Но в Сибири, а тем более в Западной Сибири ноги Ч. Дарвина (и англичан вообще) тогда еще не было. Про русского медведя Ч. Дарвин, может быть, и слышал, но в глаза его не видел. Вот это и стало главной причиной грандиозной ошибки Ч. Дарвина, понадеявшегося на свои так называемые «научные исследования» в области антропогенеза. Он их, господа, вообще не проводил!

Ч. Дарвин ухватился за край одной ниточки и крепко потянул ее. Здорово потянул. Да так потянул, что 100 лет подряд эволюционисты-приматологи ее потом напряжно тянули. Но, как оказывается, ниточка эта была не с той стороны клубка. Да ниточка та была еще с разветвлениями, переплетениями и хитросплетениями. Как в хитросплетениях винограда или лиан. И потому размотать тот клубок не было никакой возможности. Вот потому клубок и не размотали. Начали с конца, а начинать надо было – с начала. От корня, о котором настойчиво твердил мудрый Козьма Прутков. Вот в том и была сама главная ошибка Ч. Дарвина. Не глядя в корень собственного же учения, а узрев лишь его единичные сочные сладкие (от эфемерной славы!) плоды, не удосужившись изучить эволюционную ситуацию на всех материках планеты вдоль и поперек, он – поторопился с выводами! А быстрота, известно каждому, где нужна...

Итак, надеемся ясно, что человек чернокожий и приматы в соответствии с биогенетическим законом возникли по эволюционной цепочке: сибирозавр (*Homo enklisis*) → сибирозавр, сходный с рамапитеком (*Homo erectus*) → австралопитек (*Homo habilis*) с разделением в Африке на человека чернокожего (*Homo sapiens*) и приматов. И именно в Африке приматы обрели четверорукость и полезли за едой на деревья. А никак не наоборот. Вот потому и отказался категорически Ваш покорный слуга от обсуждения вопроса об истинном происхождении приматов в предыдущей статье (М.Ю. Кичанов, 2012). Там для этого просто места не было. Да и рано было еще обсуждать конец ниточки, не пройдя сперва от ее начала к концу.

А уж если у кого-то при прочтении предыдущей статьи (М.Ю. Кичанов, 2012) и возникала мысль о происхождении приматов от человека чернокожего, то это, господа, – Ваши досужие

Поэтому арии-сибирозавры, пройдя весь великий шелковый путь южнее Каспия по кратчайшему расстоянию, могли стремительно попасть на Аравийский полуостров. Дальше, через Суэцкий перешеек (канала там еще не было) – напрямик в северную Африку. А там – сразу благодатная дельта Нила.

Какая-то часть ариев-сибирозавров, проникнув к северо-западному побережью Индийского океана на Аравийском полуострове (который был-таки в древности оазисом), могли быстро и легко проникнуть в средне-восточную Африку через узенький пролив. А от средне-восточной Африки до юго-восточной Африки остается

домыслы и бред. Автор данной статьи так не думал, не говорил, не писал. Акцентировать внимание на этом нужно потому, что обязательно найдутся истинные безмозглые расисты, которые обвинят автора данной статьи в расизме и разжигании расовой ненависти. Ибо других удобных аргументов против Вашего покорного слуги – нет.

Теперь, после весьма увлекательного путешествия по предельно краткому Великому шелковому пути в глубины Африки южнее Каспия, пора вернуться на Балканы. Если не забыли, туда мы пришли, следуя за ариями-сибирозаврами и их потомками, очень длинным и тернистым окольным путем. Все, как-то, вокруг всего да около с длинными оседлыми остановками в местных оазисах. Да еще и непрерывно распыляясь на гигантские Европейские территории. В том числе, затонувшие в Северном ледовитом океане территории в виде Атлантиды. И ясно, что потомки сибирозавра, идущие севернее Каспия, буквально опоздали. Опоздали с приходом в Африку. Ибо там хозяева уже давно были.

Так вот, пеший путь для *Homo erectus* с явными признаками наличия *Homo habilis* из Балкан в северную Африку был только один. Подчеркиваем – путь пешим ходом без плавательных средств был только один. И этот путь пролегает только в одном возможном месте – через современный пролив Босфор, идя вдоль восточного побережья Средиземного моря. И вот, уважаемые коллеги, современный пролив Босфор имеет ширину всего 100 метров в самом узком месте и глубину до 80-ти метров максимум. И существует он всего лишь в последние 5–7 тыс. лет. Всего лишь! А раньше его просто не было, потому что Босфор – это очередной разлом земной коры, которого раньше-таки не было. Таким образом, препятствием для движения вперед по суше Босфор никогда не был и сейчас им не является.

Поэтому, выйдя на Балканы, потомки ариев-сибирозавров в виде белокожих неандертальцев (может быть, уже и реверсных кроманьонцев) пошли вокруг восточного побережья Средиземного моря. По пути они дали жизнь будущей Османской цивилизации и цивилизациям в регионе Палестины. Они и знать не знали, что уходя с Балкан, придут в северную Африку на знаменитую теперь дельту реки Нил с образованием будущей высокоразвитой Египетской цивилизации и дочерних ее цивилизаций. Но хоть не знали, но шли и пришли. Это же были – *Homo habilis*, а не *Homo sapiens*, которые хоть иногда думают, куда именно идут. Какой с них спрос по поводу прихода на чужие, уже занятые другими, земли? Вот и вытеснили пришельцы с Балкан коренных жителей северной Африки на юг африканского континента.

Во всяком случае, отчетливо видно одно: современные люди в глубине Африки по очень многим признакам резко отличаются от людей в северной Африке. Ибо происхождение у них шло разными путями. И была между ними жестокая война за выживание или не была, Вашему покорному слуге неизвестно. А известно другое: на всем пути из Западной Сибири в Африку южнее Каспия отчетливо не изменялась форма носа. Как была переносица у людей впалой, так и осталась.

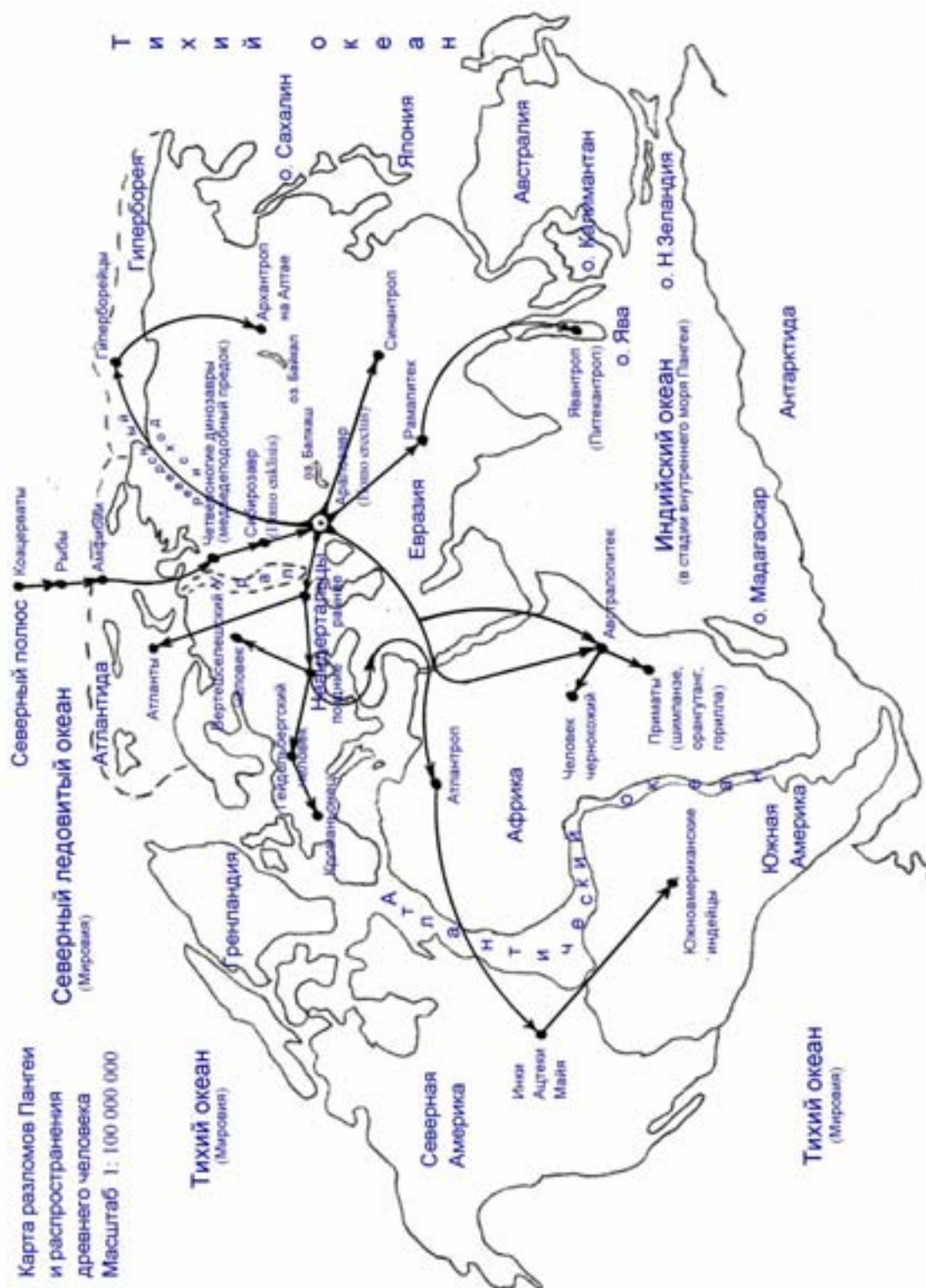
Зато на пути севернее Каспия наблюдается отчетливое последовательное выпрямление переносицы в Восточной Европе – славяне курносые. В Западной Европе – носы прямые. Появляется отчетливая горбинка носа в северном и восточном Средиземноморье. Заметно, что уже орлиные носы фигурируют в Северной Африке. И, господа, посмотрите на изображения индейцев в Мексике. Посмотрите на пирамиды американских древних индейцев. На тамошних древних рисунках – носы уже не орлиные. Носы у древних майя, ацтеков и инков – почти квадратные.

Так вот, глядя на Пангею (см. карту № 2), нужно понимать, что Мексика примыкала к Северной Африке. И в медленном дрейфе на север Мексика долго еще после раскола Пангеи была совсем рядом с Северной Африкой. Отсюда следует, что северо-африканские орлиные носы каким-то образом переправились в Мексику и там уже трансформировались в носы почти квадратные. Таким образом, становится ясно, что первые коренные жители Северной Америки – это потомки жителей Северной Африки. И только гораздо позже, после «кругосветного плаванья» Северной Америки с запада на восток, произошло сближение ее с Дальним Востоком Евразии. Вот отсюда по льдам в узком Беринговом проливе некая часть северных народов в Канаду и проскочила. И произошло вторичное заселение Северной Америки с противоположной ее стороны. Ну а, про третичное заселение Северной Америки на кораблях из Западной Европы, с повальным уничтожением первичного коренного населения, знают все.

Что касается Южной Америки, то совершенно очевидно, что она откололась от Пангеи позже всех (четвертый этап раскола Пангеи), и чуть позже Северной Америки (третий этап раскола Пангеи). Очевидно и то, что Южная Америка территориально находится дальше всех от главных путей древних стадий антропогенеза. И, скорее всего, древнейшие Лавразийские (Евразия + Африка) люди туда просто не дошли. Опоздали. Не успели. Уж слишком далеко. И заселение Южной Америки людьми явно произошло из Северной Америки. Точнее говоря, Южно-Мексиканские индейцы Северной Америки через Панамский перешеек просочились в Южную Америку. А уж только потом туда же приплыли еще и современные европейцы. А, может быть, чуть раньше, и египтяне.

Буквально пару слов нужно сказать про Антарктиду. Тема Антарктиды настолько интересна, велика и поучительна, что ее нужно рассматривать отдельно. При первой же удобной возможности мы этим займемся в отдельной статье. Сейчас рано еще.

Карта № 7. Карта-схема происхождения и первичного распространения наиболее древнего человека с учетом разломов в Пангее и передвижения первично образованных материков планеты Земля.



Таким образом, по возможности подробно мы рассмотрели все наиглавнейшие пути распространения наидревнейшего человека от самой первичной точки его возникновения до множественных разных конечных точек на путях исхода сибирозавра из Западной Сибири. Путь этот очень напоминает некое магистральное шоссе с его развилками на главные и второстепенные дороги. На этом пути встречаются перекрестки и обратные встречные полосы движения. На этом пути, как на ночных стоянках с мотелями, есть большие древние стоянки в районах

оазисов. В общем, все как везде при движении: вперед – передышка – вперед – передышка. И так далее. Именно такой общий стиль передвижения характерен для рептилий – рывками. То есть, эволюционный процесс антропогенеза шел в целом не отдельными блоками, но и не перманентно плавно. На самом деле, антропогенез шел лестницеобразно, ступенька за ступенькой. Впрочем, вряд ли это является экзотической новостью.

А еще пути распространения сибирозавра невероятно напоминают рост виноградной лозы. Исходная точка одна – корень. Очень много ветвей, но основной сильно извивающийся ствол один. Ветви из года в год жутко переплетаются так, что концы потом найти трудно. И не всегда сразу ясно: на какой из веток появились грозди – на молодых ветвях или на старых? Или это вообще соседняя лоза другого сорта? И, чтобы читатель лучше представлял себе весь выше представленный очень запутанный «из-за винограда» текст, предлагаем вниманию максимально упрощенную плоскостную карту-схему распространения человека по планете Земля с учетом разломов в Пангее и образованием материков (см. карту № 7).

Позже эта карта-схема кем угодно может быть доведена до любой степени сложности и точности в терминах и датировках. В будущем явно придется применить КОМПЬЮТЕРНОЕ ТОМОГРАФИЧЕСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ эволюционных периодов антропогенеза. А сейчас нужна именно такая, небольшая рабочая лошадка, делающая первую разметочную борозду в совершенно новом научном направлении на ниве развития общего эволюционного учения Ч. Дарвина. Но с опротестованием справедливости частного раздела учения Ч. Дарвина в виде современной приматологии применительно к вопросам антропогенеза.

И напоминаем коллегам-психиатрам, что приматологический метод исследования на МДП буксует, а на эпилепсии и вовсе не работает (М.Ю. Кичанов, 2012). Поэтому, на основании всего изложенного выше, в противовес приматологическому методу исследования, мы постулируем динозаврологический интерпретативно-объективизирующий метод исследования психических заболеваний, в структуре которого постулируется медведологический метод исследования. И краугольным опорным камнем в этом новом научном направлении становятся «голый» четвероногий медведоподобный предок и его прямой потомок в виде сибирозавра (*Homo enklisis*).

Нужно сказать еще пару слов о терминах и их смысловой нагрузке. За последние сто лет в раскопках найдено огромное количество останков разных предчеловеческих форм (в дикой смеси аж с тремя человекообразными предприматными формами в Африке). При их наименовании повсеместно употребляется термин «питек», от слова – обезьяна. Например, австралопитек – южная обезьяна. Или, питекантроп – обезьяночеловек. Так вот, господа, термин «питек» в таких случаях, в связи с его полной несостоятельностью в антропологии, нужно повсеместно заменить на другой термин, «завр» – ящер. И у нас получится: австралозавр – южный динозавр, заврантроп – динозаврчеловек. Или, рамапитек – рамазавр. И так далее и тому подобное во всех случаях.

Только таким способом можно избежать бессмысленного загромождения науки бесчисленными лишними заумными терминами, что очень характерно для карьеристов от псевдонауки. Просто в отдельных случаях нужно совершить плавный переход на близкую по звучанию, но разную по смыслу терминологию. И все плавно утрясется, организуется. Ибо не следует разрушать старый мир до основания, как призывает теория научного каннибализма. Есть гораздо лучший способ существования – мир нужно не разрушать, а неуклонно совершенствовать.

В этом контексте нужно сказать, что ни раскола в дарвинизме, ни конфронтации с эволюционистами-приматологами автор данной статьи и Ваш покорный слуга не затевает. Ни к чему все это. Склока в среде дарвинистов на руку лишь креационистам. Речь идет только лишь об изменении в ближайшем обозримом будущем направления приматологических методов исследования на прямо противоположное направление. То есть нужна всего лишь переориентировка общего направления всей приматологии от прошлого к будущему. Именно эта необходимость встретит сопротивление и вызовет споры. И еще нужно разделить объекты исследования вместе с целями исследования. Только и всего. А потом в рамках эволюционной психиатрии (В.П. Самохвалов, 1993) можно спокойно и дружно двигаться вперед, взаимно дополняя друг друга.

И только так могут возникнуть условия для создания в будущем общих и единых положений в рамках создания фундаментальной эволюционно-биологической и генетической теории единого психоза.

Заканчивая развитие темы данной статьи, нужно еще ответить на некоторые не связанные между собой, на первый взгляд, вопросы.

1. Почему, все-таки, первая крупная эволюционная развилка на пути исхода сибирозавра от Оби была в районе Аральского моря, а не в районе побережья Индийского океана?
2. Почему новейшие палеонтологические находки в Сибири по радиоуглеродным датировкам неправдоподобно резко отличаются своей древностью от палеонтологических находок в других регионах?
3. Каким образом изначально, в ранние доисторические времена, мог возникнуть Великий шелковый путь, заново открытый в наше время?
4. О какой реке, разделяющейся на четыре реки, говорят тексты Библии и Торы?

5. О каких четырех реках говорят тексты Библии и Торы на самом деле, если в древних исторических документах не доверять меняющимся названиям рек, но доверять факту существования самих рек?

Для того, чтобы ответить на все эти вопросы одним блоком, нужно посмотреть одновременно на карту № 2 и на карту Великого шелкового пути (см. карту № 6), представленные в данной статье. А еще нужно одновременно взглянуть на современную физическую карту всей Евразии. То есть, на три карты сразу. И сразу становится ясно, что древний разлом в Пангее между Канадой и Гренландией четко соответствует расположению Средиземного моря. И очевидно, что современная цепь морей и озер по линии Средиземное море → Каспийское море → Аральское море → озеро Балхаш → группа озер на Алтае → озеро Байкал – это результат существования древнего разлома в Евразии. Но! Незавершенного разлома. То есть речь идет о так называемом древнем рифтовом образовании, по ходу которого и существует современный так называемый каскад евразийских бассейнов.

И весь этот незавершенный рифтовый разлом когда-то представлял собой единую колоссальную водную магистраль речного типа от реки Лены и озера Байкал до Гибралтарского пролива. Ведь уровень мирового океана и возвышение многих участков суши неоднократно менялись (с возникновением водных трансгрессий и регрессий)! Скорее всего, именно об этой колоссальной реке говорит Библия, подразумевая под Едемом – всю Евразию. А библейский рай на востоке Едема – это Сибирь, особенно Западная Сибирь в жаркие «райские» доисторические времена. Четыре главные реки, имеющие отношение к древней величайшей реке Евразии – это современные реки Лена, Енисей, Обь, Волга.

На реке Лена, как известно, есть очень много хорошего золота. Поэтому Лена – это библейская река Фисон. И река Лена (Фисон) обтекает землю Хавила – современное Среднесибирское плоскогорье вместе с восточной Сибирью и затонувшей Гипербореей (дно моря Лаптевых и Восточно-сибирского моря) в придачу. И на северной малой реке Колыме тоже есть много золота. А исторические легенды говорят о том, что гиперборейцы были очень богаты именно на золото.

Кроме того, на территории современной Якутии (Республика Саха) – а это и есть те территории, о которых идет речь выше – много алмазов и полудрагоценного цветного кварца в виде оникса. Так вот, библейский бдолах – это и есть необработанные ископаемые алмазы. То есть будущие ограненные бриллианты, которые так любят женщины. А исторические легенды упорно твердят: у гиперборейцев были еще и алмазы. И еще – Тора уравнивает слово «бдолах» со словом «хрусталь». Так вот, хрусталь в природе нет, ибо хрусталь – это современный промышленный сплав стекла и свинца. Но зато качественный ограненный хрусталь блестит, подобно бриллиантам. Думается, что современные переводчики древней Торы с «хрусталем» по недомыслию сильно перестарались. Ну, а горный хрусталь – это двуокись кремния, то есть прозрачная разновидность все того же кварца. Крупнейшие мировые залежи – на Урале, в Забайкалье, в Приморье. То есть мы все время крутимся вокруг Сибири.

Библейский Гихон (Геон) – это Енисей, который обтекает всю Западно-Сибирскую равнину с востока. И, соответственно, библейская земля Куш – это и есть Западная Сибирь.

Библейский Хиддекель (Тигр) – это Обь, протекающая перед Европой (Ассирией), если продолжать двигаться по карте с востока на запад (условно говоря, вместе с Солнцем). А ведь именно так мы по карте северной Евразии и движемся.

Библейский Евфрат – это, продолжая движение по карте северной Евразии на запад, четвертая великая река после Лены, Енисея, Оби – Волга. Кстати, древнее славянское название Волги – река Ра. В Библии четвертая главная река упоминается всего тремя словами, ей не придается особая значимость в Едеме. Так она (Волга) и в выше изложенном тексте данной статьи заслуженно пребывает на втором плане. Значение Волги в антропогенезе велико, но явно вторично. Опять совпадение признаков. Совпадения признаков идут у нас просто каскадом, чем вообще не могут похвастаться креационисты. У них каскадом идут натяжки и досужие домыслы.

А если Вы внимательно, вдумчиво и синхронно прочитаете еще и текст Торы (см. Таблицу 1), то быстро заметите, что каскад совпадений удваивается. Кроме того, текст Торы дает ясное ощущение, что перечисление рек и территорий в нем идет именно «по ходу Солнца». Тору и Библию не Коперник же писал! Теперь-то мы знаем, что не «Солнце идет», а Земля – вертится вокруг Солнца.

И, таким образом, мы расшифровываем очередной целый блок из тестов Библии (и Торы). Кстати, было бы неплохо узнать, кто именно этот преинтереснейший блок знаний в Библию (и Тору) таки внес. Кто это такой уж очень как-то подозрительно чрезвычайно осведомленный? Догадываетесь, коллеги? Да? Нет? А пора уже. Ну, не Моисей же с его врожденным косноязычием и сомнительным IQ!

А теперь еще раз посмотрите на карту Великого шелкового пути (см. карту № 6). Он весьма прямолинейно идет вдоль всех современных материковых крупных водных образований Евразии. И есть серьезное подозрение, что путь этот пролегает по древнему левому берегу величайшей главной древней реки всей Евразии, распавшейся сейчас на цепь морей и озер. Именно Великий шелковый путь указывает нам на древнюю конфигурацию левого побережья этой исчезшей величайшей реки всей планеты Земля (Большой Каньон в США – речушка).

И, глядя на следы левого побережья, мы достаточно уверенно можем судить о расположении и конфигурации правого побережья все той же древней величайшей реки. И есть полная уверенность в том, что река эта (река с соленой таки водой) всей своей правобережной акваторией, своим палеоруслом, перекрывала всю Туранскую низменность севернее Аральского моря вплоть до Тургайской долины. Тем самым река эта достигала в своих береговых границах южной оконечности Уральских гор и полностью перекрывала южный выход из Западной Сибири в любом направлении.

То есть, оказывается, что на протяжении весьма длительного периода времени сибирозавры (*Homo enklisis*), подобно знаменитым корабельным крысоедам, погрязшим в каннибализме из-за подавления всех вокруг себя «на пятак» по закону Мальтуса, были в буквальном смысле этого слова заперты на территории Западно-Сибирской равнины. «Бутылочное горлышко» в виде Тургайской долины было надежно перекрыто. ДРЕВНЕЙ ВЕЛИКОЙ СОЛЕНОЙ РЕКОЙ ЕВРАЗИИ. Не переплыть.

И только тогда, когда древняя великая соленая река всей Евразии начала мелеть, иссыхать, исчезать, и правый ее берег начал отступать на юг, появилась сухопутная развилка путей для пешего движения сибирозавра на запад (в Европу) и на восток (через Среднюю Азию на Тибет и в Китай). А позже, после образования всей Туранской низменности, – открылись еще пешие сухопутные пути на юго-запад (на Аравийский полуостров и в Африку) и на юго-восток (в Индию, Индокитай, Индонезию).

И здесь нужно приостановиться на секунду и обратить самое пристальное внимание эволюционистов-приматологов на тот факт, что древние персидские тексты (Персия – это современный Иран, лежащий на Великом шелковом пути от Арала в Африку) говорят о прародине их предков далеко на севере, а не в юго-восточной Африке. Аналогичным образом звучат и древнеиндийские тексты. Они тоже говорят о расположении родины предков именно на севере, а вовсе не на западе или юге, то есть в Африке. Предания зороастризма, возникновение которого многие территориально связывают с Прикаспийским регионом близ Урала, тоже указывают на север. Но Африки там не было, и нет. Африка никогда не плавала на север после распада Пангеи. И никогда на север не уплывет.

Так не пора ли эволюционистам-приматологам перестать цепляться за научный авторитет Ч. Дарвина и крепко призадуматься о причинах наличия такого грубейшего противоречия между всем совокупным народным эпосом и тезисом Ч. Дарвина про обезьяноподобного предка? С африканскими-то приматами – явная осечка, господа! Ошибку Ч. Дарвина в вопросе о происхождении человека, увы, придется официально признавать. Но, к счастью, без признания правоты креационистов. Ибо у нас есть – динозавры! Да и про приматов мы уж, как-нибудь, не забудем, определим их правильное место в общем эволюционном учении все того же Ч. Дарвина. Ибо Ч. Дарвин, в целом, кроме обезьяны, прав!

Идем дальше. Наверняка был еще и РЕВЕРСНЫЙ (обратный) пеший исход *Homo erectus* по пути от Арала обратно в Западную Сибирь со съедением тамошних остатков живых еще предстателей *Homo enklisis* или с ассимиляцией. Гены-то – родственные. Оттуда, скорее всего, через Северо-Сибирскую низменность «реверсные» сибирозавры уже в виде *Homo erectus* пришли к древнему устью реки Лены (у нее тоже есть две разные по времени образования дельты) с образованием цивилизации гипербореев. А потом, спасаясь в ходе гибели Гипербореи (вероятно, что из-за отдаленности от Гольфстрима, Гиперборею отломила от материка и утопил в Северном ледовитом океане ледник), огибая Среднесибирское плоскогорье с северо-востока, пешком пройдя вдоль реки Лены с севера на юг, они пришли-таки на Алтай к Байкалу. Вот Вам и еще раз легенды алтайских шаманов! А сразу за Байкалом – река Амур с выходом на побережье Охотского и Японского морей. Сахалин. Япония.

Что касается Арала и «ближнего» Приаралья, то сформировать здесь какую-либо первичную древнюю оседлую цивилизацию сибирозавр не мог и в принципе. Потому что весь этот регион долго был насыщен не пригодной для питья именно соленой водой, а не водой пресной. Ибо он непрерывно подвергался все новым и новым многочисленным водным трансгрессиям (повышение уровня соленой воды на десятки метров с разливами на десятки тысяч квадратных километров по площадям), которые многократно сгоняли оседлого сибирозавра с места, быстро стирая (смывая и растворяя) следы его краткого транзитного пребывания в «ближнем» Приаралье.

Потому там результаты раскопок и скудны (если там вообще были глубокие раскопки). Там у палеонтологов – огромное «белое пятно». Тщательней копать надо. Потому что именно там нас ждет очередная палеонтологическая сенсация с точки зрения определения радиоуглеродным методом возраста новой находки останков предчеловека. И название той будущей находки в Приаралье должно быть уже не «аралопитек», а – аралозавр. Так будет сразу правильно! Вот он-то, аралозавр, и станет еще одним связующим промежуточным звеном между сибирозавром и пресловутыми африканскими «питеками».

И только когда Тибет в результате тектонических литосферных процессов высоко вознесся над «ближним» Приаральем, водные трансгрессии и регрессии на древнем Тибете прекратились. Только после этого в «дальнем» Приаралье и началась какая-то более-менее продолжительная осмысленная оседлая жизнь. И через время там образовалась некая древняя первичная цивилиза-

ция с ее древними санскрито-тибетскими рукописями (вспомните приматологические теории эволюциониста-приматолога А.В. Яблокова, 1995). Вот отсюда массивные упорные слухи об ариях и популяри. Кто того не знает?

Что касается некоей знаменитой и загадочной, якобы мудрой цивилизации под названием Шамбала, которую все кому не лень ищут, но никак не находят, то нужно сказать следующее: скорее всего, Шамбала – это Западная Сибирь. На нее указывают все известные приметы Шамбалы. Ибо именно там, в Западной Сибири, на самых ранних этапах развития наиболее древнего человека (*Homo enklisis*), скорее всего, появились первичные зачатки будущего человеческого разума. Только не на вербальном уровне, как у нас, а еще лишь на уровне эмоциональном. По принципу интуитивного различения понятий: хорошо – плохо. Вот это и есть иносказательное «райское дерево» познания добра и зла.

Вот так и образовалась на Арале и в Приарале ПЕРВАЯ ВЕЛИКАЯ ТРАНЗИТНАЯ РАЗВИЛКА НА ПУТЯХ ИСХОДА СИБИРОЗАВРА ОТ ОБИ в виде «пятиконечной звезды» (пентаграмма), давшая начало сразу многим будущим цивилизациям (в конечном счете, и приматам в Африке). Как образно говорится, джинн вышел из бутылки. И ПОРОЖДЕННЫЙ МОНСТРОМ ОБЬЮ МОНСТР явился миру во всей своей ужасающей внешней красе (как известно, у человека много «мана») и потенциальной интеллектуальной мощи (на основе психологического синдрома «крысо-еда»). И, уничтожив в жестокой кровавой борьбе за существование всех своих значимых пищевых конкурентов, монстр завоевал всю планету. То есть превзошел всех. Вот превосходство над всеми и есть основной признак арийства.

А в результате современный человек, ни одной секунды ни с кем и ни с чем не считаясь, твердо и уверенно господствует на планете Земля, находясь на самой вершине пищевой пирамиды (помянем-ка еще раз Ивана Петровича Павлова). Вот потому и возникли древние массивные упорные слухи о каких-то предковых ариях. Они, оказывается, общие, общечеловеческие, а не чьи-то частные. Заметно, что бесноватый товарищ Гитлер с «Анненербе» еще и в этом вопросе попал точно в просяк. Расизм тут не пройдет!!! Зато знаменитый закон Мальтуса плавно, незаметно, но твердо и уверенно берет свое... Ибо превосходить нам на Земле больше некого, кроме самих себя. Но нас ничто не остановит. Третья мировая каннибалистическая война за пищевые ресурсы – будет.

Вот так, в конечном счете, мы и приходим к пониманию того, почему отличаются невероятной древностью по радиоуглеродным датировкам палеонтологические находки в Сибири, на Лене, и на Алтае от других палеонтологических находок. Ибо слишком долго та транзитная развилка путей на Арале формировалась. Из-за этого и произошла значительная задержка в распространении наиболее раннего первобытного человека по другим регионам.

Завершая тему, нужно сказать, что не имеющая вообще никакого вразумительного обоснования теория креационистов о локализации колыбели человечества в южных регионах Евразии оказывается несостоятельной. Аналогичным образом оказывается, что базирующаяся на стратегической ошибке Ч. Дарвина противоречивая теория эволюционистов-приматологов о локализации колыбели человечества в юго-восточной Африке тоже, увы, ошибочна.

На самом деле, колыбель человечества локализовалась в Евразийской Сибирской Арктике. Точнее, в Западной Сибири. На Западно-сибирской части затонувшей в Северном ледовитом океане Атлантиды. Предельно точно! И, наконец-то, мы полностью ответили на последние пять важных вопросов. Можно уверенно переходить к выводам.

Выводы. Отказ от виртуального обезьяноподобного предка по Ч. Дарвину сразу же принес вполне удовлетворительные ощутимые позитивные результаты. Благодаря этому выявлен новый эволюционный персонаж – медведеподобный предок человека. Впервые за последние 100 лет удалось построить последовательную обоснованную карту-схему путей распространения человека от самых его истоков до конечных главных точек путей распространения на всех материках планеты (кроме Антарктиды). Установлено истинное происхождение приматов от предчеловеческих форм в Африке. И что никуда приматы по материкам на руках не ходили.

Попутно успешно и согласованно получены ответы на многочисленные противоречивые проблемные вопросы в разных сферах естествознания, не получавшие ранее своего разрешения.

Следовательно, постулируемая автором данной статьи теория происхождения человека непосредственно от динозавров на основе биогенетического закона Бэра-Мюллера-Дарвина-Геккеля весьма плодотворна, не заводит в тупик и имеет право на жизнь. Она способна коренным образом изменить некоторые базисные постулаты современной биологии и генетики.

И после построения схемы подобия нового образца она может быть успешно использована при изучении многих нозологий в рамках эволюционной психиатрии (В.П. Самохвалов, 1993) при условии изменения общего направления приматологических исследований с регрессивного на прямо противоположное. Что и требовалось доказать.

(Продолжение в следующем номере)

Список литературы для части 2:

1. Белопольский Ю.А. (2007) Загадка происхождения человека. «Книжный клуб», Харьков.
2. Библия (1988) Издание Московской патриархии, Москва.
3. Брэм А.Э. (1992) Жизнь животных, том I, млекопитающие. «ТЕРРА – TERRA», Москва.
4. Кичанов М.Ю. (1995) Аналогии канонических текстов бытия и эволюционной теории. Acta psychiatrica tavrca, v.2, N4, КРАППП, Симферополь.
5. Кичанов М.Ю. (1997) Этограмма, матричное структурирование и некоторые патогенетические механизмы большого эпилептического припадка. Acta psychiatrica tavrca, v.4, N7, КРАППП, Симферополь.
6. Кичанов М.Ю. (2011 а) Мотивационно-структурный анализ поведения размножения. Таврический журнал психиатрии, v.15, 3 (56), Симферополь.
7. Кичанов М.Ю. (2011 б) Гоминизация динозавров и ее движущие силы. Таврический журнал психиатрии, v.15, 4 (57), Симферополь.
8. Кичанов М.Ю. (2012) О роли биогенетического закона в биологии, эволюционной психиатрии, генетике (биологическая психиатрия), часть 1. Таврический журнал психиатрии, V. 16, 1 (58), Симферополь.
9. Матюшин Г.Н. (1982) У истоков человечества. Мысль, Москва.
10. Маховко В.В., Макаров П.В. (1957) Общая биология. Госиздат, Москва.
11. Самохвалов В.П. (1993) Эволюционная психиатрия. НПФ, Движение Лтд., Симферополь.
12. Тора (пятикнижие Моисеево) (1993) Издательство Шамир, Иерусалим.
13. Цыганенко Г.П. (1989) Этимологический словарь русского языка. «Радянська школа», Киев.
14. Яблоков А.В. (1985) Мир эволюции. «Детская литература», Москва.

УДК: 159.947.2/.5+159.923.2]

**ВПЛИВ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА АЛЕКСИТИМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З
ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО
ТЕРАПІЇ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

К.І. Москаленко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Актуальність: Одна з проблем в Україні та світі, що не втрачає актуальності – травматизм, що спричиняє тимчасову втрату працездатності або призводять до інвалідності.

На глибину та тривалість наслідків впливають: тяжкість травми, своєчасність та відповідність надання первинної та кваліфікаційної медичної допомоги, обсяг та якість програми реабілітації, що проходить кожен окремий пацієнт, особливості реагування людини на травму тощо.

В Україні на сьогодні практично неопрацьованою є тема медико-психологічної реабілітації з урахуванням актуальних резервів пацієнта (біологічних, соціальних, психологічних) та реагування особистості на стресову ситуацію, що виникає в результаті травми. У той час як обґрунтований інтерес медицини до психогенних та особистісних факторів зростає – адже, доведено, що вони можуть бути причиною, ускладнювати перебіг реабілітації чи впливати іншим чином [15].

Лікування та реабілітація хворих з посттравматичними порушеннями кісткової регенерації продовжує залишатися однією з найскладніших проблем травматології та ортопедії в умовах зростання рівня травматизму [3]. Ця проблема набула особливої актуальності сьогодні, коли глобальним є вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища, на фоні прогресуючого зниження загального рівня здоров'я населення у світі [25].

Згідно ВОЗ здоров'я людини є комплексним поняттям, що включає фізіологічне та соціальне та душевне благополуччя [10]. Все більше на організм впливають саме соціальні та психологічні чинники [5]. За прогнозами вчених до середини 21 ст. саме психічні відхилення вийдуть на перше місце у статистиці поширеності захворювань, замість захворювань серцево-судинної системи чи інших соматичних хвороб [10].

Саме тому особливої актуальності сьогодні набув психосоматичний підхід у медицині, витoki якого сягають глибин грецької філософії та медицини і який набув широкого поширення у 20–50-х роках XX століття завдяки роботам Ф. Александера, С. Желіффа, Ф. Данабра, Е. Вейсс та ін. Згідно такому підходу захворювання розвивається внаслідок порушення адаптації організму до зовнішнього середовища через перевищення сили впливу подразника на організм його компенсаторних можливостей. Такі надмірні чинники вважаються патогенними та викликають функціональні порушення в організмі, які проявляються об'єктивними клінічними симптомами. Первинне функціональне порушення може виникнути як у соматичній, так і в психічній сфері, однак захворювання в цілому обов'язково включає обидва компоненти. Психосоматичний підхід у терапії передбачає, поряд з біологічними методами лікування, урахування та корекція психологічних та соціальних факторів – тісну співпрацю лікарів соматичних спеціальностей з психологами та психотерапевтами.

Якщо проаналізувати преморбідні особливості хворого, внутрішню картину хвороби, частоту травматизму та перебіг реабілітації – особливу увагу звертаючи на показники алекситимії (Торонтська алекситимічна шкала), надмірну увагу пацієнта до свого соматичного стану, та ігнорування емоційних аспектів, – велику кількість стресових життєвих подій (шкала життєвих стресів Холмса Т. і Рейя Р.), можна виявити, що деякі випадки є наслідками психосоматичного розладу та паралельно супроводжуються іншими психосоматичними проявами. Такі хворі є особливо важкими для психолога (психотерапевта), оскільки визнають лише раціональні пояснення причин захворювання та медикаментозне лікування. Прояв власних переживань та почуттів для них є татуйованим з дитинства, а вони ригідно слідуєть соціальним нормам і правилам, а больові тілесні відчуття є «незручною», але єдиною можливою для них, спробою інтегруватися з власним душевним станом [6].

Дуже тісно пов'язані поняття, що ввійшли у широкий вжиток відносно недавно – «емоційний інтелект» [13] та «алекситимія», що відіграють ключову роль у розвитку різноманітних психічних дисфункцій – від минутих дезадаптивних станів, до серйозних межових розладів, з виходами в психози, та психосоматичних захворювань. Емоційний інтелект – це здатність людини усвідомлювати, розуміти власні емоції та емоції оточуючих, що дає змогу повноцінно функціонувати та отримувати задоволення від життя. У той час як алекситимія – навпаки – така психологічна характеристика особистості, що виражається у складності визначення та опису (вербалізації) власних емоцій і внутрішніх переживань та емоцій інших людей, це також стосується певних тілесних відчуттів, фантазій, схильності до конкретного, утилітарного, логічного мислення. В сучасній медицині алекситимія розглядається як фактор ризику психосоматичних захворювань [12].

І навіть якщо у випадку травми опорно-рухового апарату неможливо доказово встановити причинно-наслідковий зв'язок між психогенними факторами та виникненням захворювання, то їхній вплив на його перебіг та процес реабілітації є очевидним. Таким чином логічно припустити, що максимальна ефективність періоду перебування пацієнта у стаціонарі може бути досягнута шляхом забезпечення пацієнта необхідною комплексною, індивідуально підбраною терапією, завдяки чому можна не просто уникнути посттравматичних ускладнень, затримки відновлення функцій ушкоджених кінцівок і, навіть, депресії, а й створити сприятливі умови для розрішення внутрішніх психологічних конфліктів.

Враховуючи усі вище перераховані факти, незаперечною є потреба у ґрунтовні та всебічній психологічній підтримці сучасної людини, а особливо людини, що є пацієнтом – має проблеми з соматичним здоров'ям, перебуває на лікуванні у стаціонарі [14].

Мета: Виявлення взаємозв'язку між рівнем алекситимії та рівнем життєстійкості у пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату та їхній вплив на прихильність пацієнта у ході соматотропної (в т.ч. не медикаментозної) терапії та встановлення робочого терапевтичного альянсу у ході психотерапевтичної роботи.

Гіпотеза: Існує пряма кореляція між низьким рівнем життєстійкості та високим рівнем алекситимії; пацієнти з травмами опорно-рухового апарату, що мають низький рівень життєстійкості та високий рівень алекситимії, проявляють меншу прихильність до соматогенної терапії (у т.ч. не медикаментозної) та встановлення терапевтичного альянсу з психотерапевтом.

Методологія: У ході виконання роботи використовувалися наступні методи дослідження: структуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичні методи, аналіз історії хвороби; експериментально-психологічні: скринінгова методика – тест життєстійкості (С. Мадді, переклад та адаптація Леонтьєва Д. О. [4]), шкала життєвих стресів (Т. Н. Holmes., R. H. Rahe, 1967), Торонтська алекситимічна шкала (TAS).

Ключові клініко-анамнестичні питання були сформульовані з метою виявлення систем органів, що схильні до ураження та розвитку психосоматичного захворювання, минулих травматичних переживань та актуальних психологічних та соціальних проблем.

З перерахованих шкал у даній статті ми проаналізували частоту травматизму, тяжкість отриманих травм та перебіг реабілітаційного періоду, дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря, а також рівень стресу та алекситимії – як основні ознаки особистості, схильної до психосоматичних захворювань.

У ході бесіди використовувалися елементи мотиваційного інтерв'ю – відверті питання, що поєднуються з підтримуючим, емпатійним ставленням до пацієнта з метою стимуляції у нього усвідомлення проблемних та конфліктних ситуацій та орієнтації його на видужання, прийняття активної позиції щодо власного фізичного та психічного благополуччя.

Прихильність пацієнтів до терапії (дотримання терапевтичного режиму та активне виконання рекомендацій лікаря) визначалися за допомогою прямого питання пацієнту. Факт встановлення робочого терапевтичного альянсу у ході роботи з психотерапевтом встановлювався у ході роботи психолога з пацієнтом. Ефективність реабілітації оцінювалась за наступними об'єктивними показниками: тривалість перебування у стаціонарі (кількість ліжокднів), наявність ускладнень репаративного процесу.

Вік хворих складав від 20 до 65 років (люди працездатного віку). Тяжкі травми, черепно-мозкові травми, наявність психічних розладів, інфекції головного мозку в анамнезі – є критеріями виключення, оскільки вони суттєво деформують патопсихологічну картину.

У роботі наведено результати діагностики 192 пацієнтів з травмами опорно-рухового апарату легкого та середнього ступеню тяжкості (на базі відділення ортопедії та травматології Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ-Пасажирський). З них 82 хворим виконано операційне втручання остеосинтез уламків кісток для прискорення процесу репарації, 22 хворих оперувалися повторно з приводу неправильної консолідації уламків або відсутності зростання в результаті попередніх втручань. Чоловіків обстежено 92 (47,9%), жінок – 100 (52,1%).

Методика визначення рівня стресу була використана для визначення інтенсивності стресового навантаження, основним критерієм вибору була наявність доведеної кореляції високих показників з вірогідністю розвитку психосоматичних захворювань. Для підтвердження психосоматичного профілю пацієнта була використана *Торонтська шкала алекситимії*. Пацієнти з високим рівнем алекситимії дуже важко піддаються психокорекції, саме тому основною була обрана методика визначення рівня життєстійкості («hardiness») – інтегрального показника особистості, що допомагає людині адаптуватися та подолати стрес («перетворити зміни, що відбуваються з людиною, у можливості») і може бути використаний як платформа та ресурс для психокорекції [18].

«Hardiness» – сукупна особистісна характеристика, особливий патерн структури установок та навичок, який дозволяє перетворити зміни, що відбуваються з людиною, у можливості. Життєстійкість (ЖС), за Мадді С., включає в себе два компоненти – психологічний та діяльнісний, що мають мотиваційну природу. Діяльнісний компонент передбачає дії, спрямовані на досягнення мети – а саме на подолання стресової ситуації, постійне піклування про здоров'я, перетворююче долаття, що дає зворотній зв'язок про те, хто ми і що відбувається.

Поняття «життєстійкості» включає в себе наступні **компоненти**:

- **"включеність" (commitment)** – характеризує ефективність взаємодії людини з навколишнім світом, що дає сили і мотивує людину до реалізації, лідерства, здорового напрямку думок та поведінки. Вона дає можливість відчувати власну значимість та активно включатися у вирішення життєвих задач, не зважаючи на наявність стресогенних факторів;
- **"контроль" (control)** мотивує до пошуку шляхів впливу на результати стресогенних змін, у протидію випаданню у стан безпорадності і пасивності;
- **"виклик" (challenge) або прийняття ризику**, допомагає людині залишатися відкритою до навколишнього середовища і суспільства та базується на сприйнятті особистістю події життя як виклику та іспиту особисто до себе.

Окрім основних компонентів, перерахованих вище, життєстійкість включає додаткові компоненти: кооперацію, довіру та креативність.

Результати та їх аналіз

За кожною із використаних методик проведений гендерний аналіз показників життєстійкості та алекситимії, а також визначені взаємозв'язку цих показників з соматичною захворюваністю, тривалістю перебування у стаціонарі, прихильність до соматогенної

(у т.ч. не медикаментозної) терапії та утворення робочого терапевтичного альянсу у ході психотерапії.

В результаті аналізу загальних показників життєстійкості у досліджуваній групі було виявлено 77 (40,1%) пацієнтів з рівнем нижче середнього, 97 (50,5%) пацієнт з середнім рівнем життєстійкості, та 18 пацієнтів (9,4%) з показниками вище середніх (Рис. 1).

Аналізуючи низький рівень життєстійкості хворих за основними компонентами (Рис. 2), було визначено переважне його зниження за рахунок показників включення у життя (у 114 пацієнтів – 59,4%) та контролю (у 87 пацієнтів – 45,3%). Отже, ці особистісні характеристики і мають бути «мішенями» для

подальших психокорекційних впливів чи психотерапевтичної роботи, за необхідності.

Аналізуючи відмінності рівня життєстійкості в залежності від статі пацієнта (Рис. 3) було виявлено, що у жінок частіше зустрічаються низькі показники – 43,0% (в той час як у групі чоловіків лише 37,0% досліджуваних з показниками нижче норми), високі показники рівня життєстійкості зустрічаються рідко, однак значимо частіше у групі жінок (11,0% на противагу групі чоловіків – 7,6%).

Для виявлення пацієнтів, схильних до розвитку психосоматичних розладів була використана методика визначення рівня алекситимії, яка доведеним є фактором ризику виникнення психосоматичних розладів. Алекситимія проявляється ускладненням вербалізації емоцій, відчуттів своїх та інших людей, зниженням здібності до фантазування, фокусуванню на зовнішніх подіях та схильності до конкретного мислення, що не лише є підґрунтям для запуску психосоматичного ланцюга, а й є суттєвою перешкодою для психокорекційних та терапевтичних інтервенцій.

В результаті аналізу даних Торонтської шкали алекситимії (TAS) у дослідній групі було

Рівень життєстійкості (ЖС)

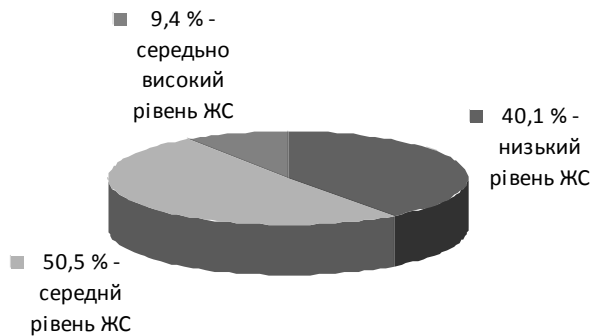


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за показниками рівня життєстійкості.

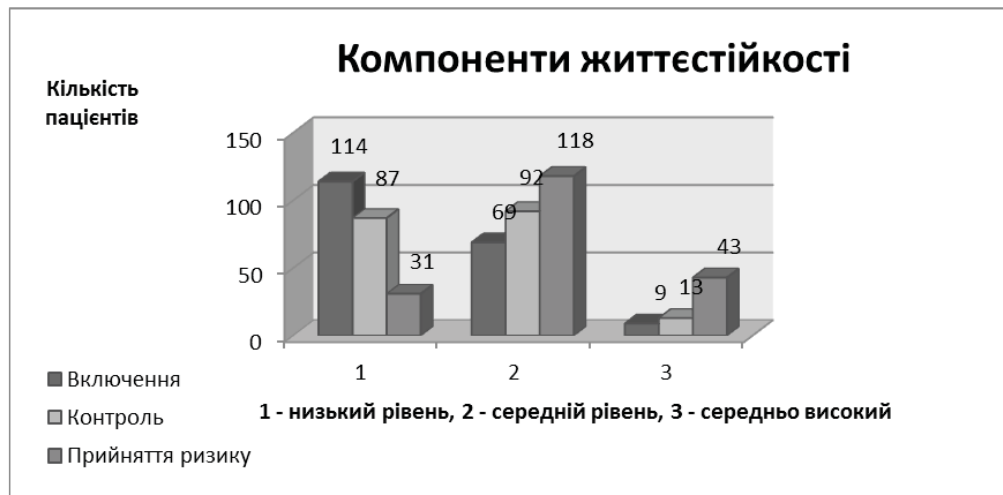


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за компонентами життєстійкості: включення, контроль та прийняття ризику.

Рівень ЖС за гендерною ознакою

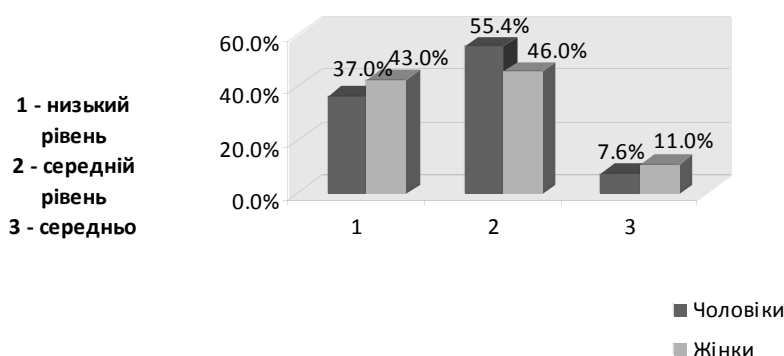


Рис. 3. Порівняння груп чоловіків та жінок за розподілом по рівнях життєстійкості.

Рівень алекситимії

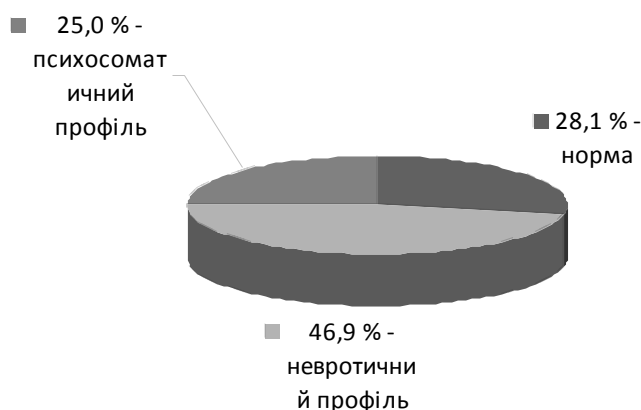


Рис. 4. Розподіл хворих за рівнем алекситимії (TAS).

виявлено 48 пацієнтів (25,0%) з високим рівнем алекситимії, 90 (46,9%) – з середнім та 54 (28,1%) – з низьким рівнем алекситимії (Рис. 4).

При цьому, з наших спостережень при сумісному заповненні карти обстеження варто зазначити, що деякі пацієнти з благополучними результатами (без алекситимії) об'єктивно мають вузький спектр емоцій та способів їх вираження, не завжди вміють робити це конструктивно та безпосередньо в ситуації, де переживання виникли.

Такі пацієнти під впливом стереотипів сучасного суспільства не надають достатньої цінності почуттям та взаємному обміну ними з оточуючими, і навіть вважають це іноді зайвим та недоцільним. Завищені результати можна пояснити кількома причинами: бажання справити краще враження, ніж є насправді, відсутність повного розуміння та знань по широту спектру

емоцій, стереотипні відповіді через небажання напружитися і серйозно замислитися над питанням.

Аналізуючи зв'язок між рівнем алекситимії та життєстійкості, ми виявили чітку тенденцію – досліджувані з високим рівнем життєстійкості мають низькі рівні алекситимії (Рис. 5). Такі результати підтверджують нашу гіпотезу про кореляцію низького рівня життєстійкості з високим рівнем алекситимії. Це можна пояснити суміжністю даних понять, а саме: компонент життєстійкості «включеність» передбачає усвідомлення людиною не лише актуальної ситуації та обставин, але й власних реакції, переживань та вчинків – така здатність порушена за умови наявності алекситимії. Адже алекситимія характеризується фокусуванням уваги переважно на зовнішніх фактах та подіях за рахунок дефіциту внутрішніх переживань та рефлексії, схильністю до конкретного, утилітарного, логічного мислення та дефіциту емоційних реакцій. Такі додаткові компоненти як «довіра» та «кооперація» дали нам підставу припустити, що низький рівень життєстійкості впливає на прихильність пацієнта до терапії та успішність встановлення терапевтичного альянсу з психотерапевтом.

З метою визначення впливу рівня життєстійкості на прихильність пацієнтів до терапії ми проаналізували дотримання ними рекомендацій лікарів (травматолога, фізіотерапевта) та комплаєнс у медикаментозній терапії (Рис. 6). Було виявлено, що пацієнти з низьким рівнем життєстійкості дійсно частіше (29,9%) не дотримуються рекомендацій лікаря: пропускають прийом ліків, фізіотерапевтичні вправи виконують не в повному об'ємі, тощо. Різниця з групою пацієнтів з середнім рівнем життєстійкості відносно незначна, однак ми не можемо бути впевненими у точності цих даних напевно.

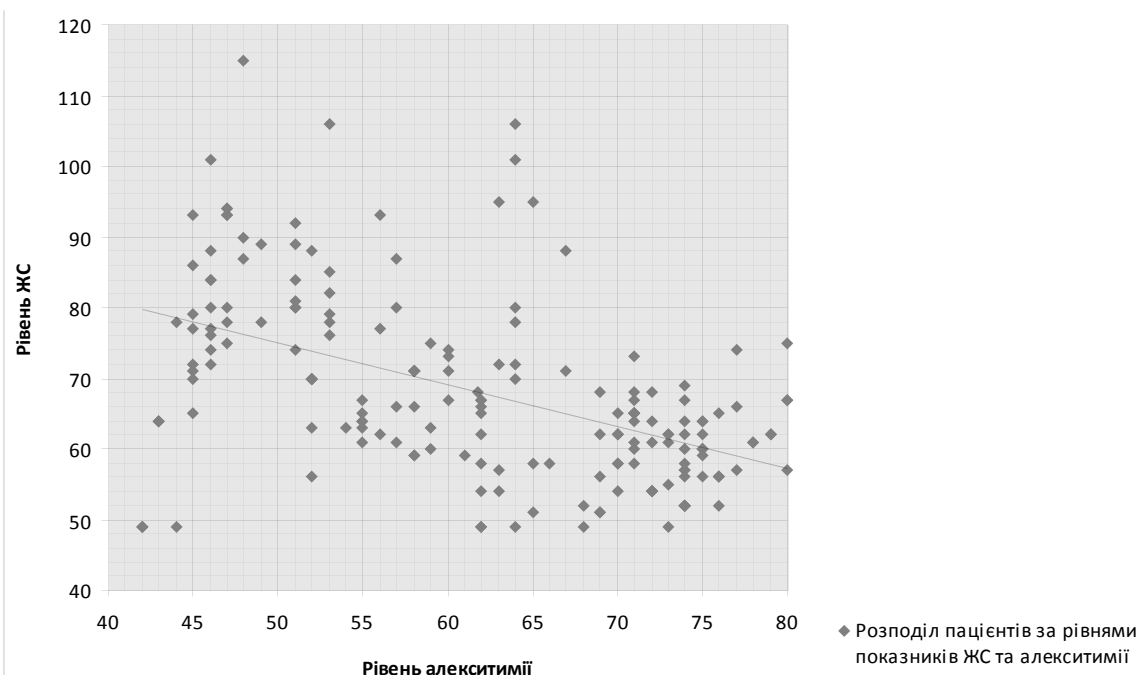


Рис. 5. Розподіл пацієнтів за рівнями ЖС та алекситимії (ТАС) з визначенням тенденції.



Рис. 6. Прихильність пацієнтів до соматогенної (в т.ч. не медикаментозної) терапії в залежності від рівня життєстійкості.

Варто враховувати, що факт прихильності до терапії визначався за допомогою питання пацієнтам, що супроводжується високим ризиком нещирих відповідей та приховування інформації. Можна припустити, що пацієнти з низьким рівнем життєстійкості, що прихильні до терапії, дотримуються усіх рекомендацій з причин низьких показників у них за шкалою «контроль» – такі пацієнти намагаються перекласти відповідальність за своє життя на інших людей, займають пасивну позицію.

Аналізуючи ефективність співпраці досліджуваних з психологом (Рис. 7), ми визначили, що пацієнти з низьким рівнем життєстійкості менш схильні до співпраці з психологом, психокорекційної та психотерапевтичної роботи. Вони частіше заперечують наявність у себе психологічних проблем та чинять опір встановленню довірчого контакту з психотера-

певтом. У разі погодження на заповнення карти та бесіду з психологом вони відмовлялися від подальшої психокорекційної роботи.

Такі хворі є особливо важкими як для лікаря-травматолога, фізіотерапевта, так і для психолога, оскільки переживають травму як серйозний стрес, який перебігає на фоні високого рівня тривожності та агресивності, і не довіряють повністю лікарям. Вони можуть формально виконувати рекомендації та приймати медикаментозне лікування, підсвідомо однак знаходячи “вигоду” з хвороби. Через відсутність досвіду ділитися переживаннями та тривогами або негативний досвід, весь спектр екзистенційних почуттів (страх не відновлення функцій, відчуття безпомічності, самотність, відчуття несправедливості, образи, агресія та ін.) змушені концентрувати у собі з острахом втратити над ними контроль привселюдно – виразити їх у неконструктивній або принизливій для них формі (нестримна агресія, сльози). Усі доступні для них форми вираження переживань – невербальні вибухоподібні афекти, що дають короточасну розрядку і яких вони намагаються уникати.

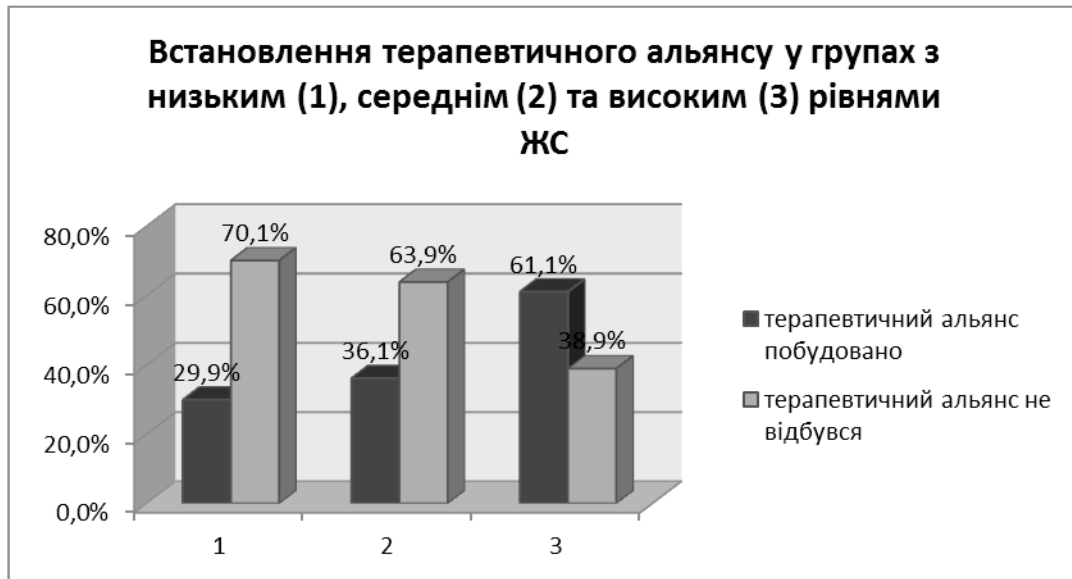


Рис. 7. Прихильність пацієнтів до соматогенної (в т.ч. не медикаментозної) терапії в залежності від рівня життєстійкості.

Чим більше факторів ризику (низький рівень життєстійкості та алекситимії) наявні у конкретного хворого, тим вища вірогідність не дотримання рекомендацій лікаря, тривожних та песимістичних переживань щодо власного стану та вище описаних ускладнень перебігу реабілітації у нього.

Враховуючи особливості психосоматичних хворих (алекситимія) первинною задачею лікаря психолога є встановлення довірчого контакту у ході збору анамнезу, заповнення діагностичної карти та мотиваційного інтерв'ю. У разі ініціативи від пацієнта отримати більш інтенсивну психологічну допомогу на початкових етапах можна використовувати невербальні методи психотерапії: арт-терапія, тілесно-орієнтовані напрями, релаксаційні методи та роботу з негативними установками хворого [2, 6, 7].

Робота з такими пацієнтами повинна бути спрямована на розвиток навичок рефлексії, шляхом обговорення з ними історії життя, формування або корекція системи відносин, аналіз конкретних життєвих ситуацій (переживань на поведінку у них), виявлення протиріч, хворобливих конфліктних переживань, вербалізація змісту конфлікту, і тільки після цього – аналіз особистісних особливостей, що заважають його вирішенню. В багатьох випадках допомога пацієнту в ослабленні конфліктів, пов'язаних з його регресивними тенденціями, витісненням та стримуванням агресивних імпульсів, та дозвіл йому без почуття провини виразити суперечливі емоції можуть стабілізувати процес реабілітації (прискорити процес репарації травми, яка тривало не виліковувалася) [21].

Висновки:

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що пацієнти з високим рівнем життєстійкості та низьким рівнем алекситимії в цілому краще відповідають на загальну терапію та реабілітаційні заходи, мають кращий прогноз на видужання, вони є відкритими до співпраці з психологом і здатні приймати допомогу від нього з користю для свого стану.

Пацієнтам, з якими вдалося провести більш детальні бесіди, або кілька зустрічей, вдалося укріпити різні вектори життєстійкості та стабілізувати психічний стан. За рахунок набуття пацієнтом досвіду довірчого та відвертого спілкування з лікарем психологом щодо його можливих внутрішніх конфліктів, емпатії з боку лікаря та уникнення конфронтацій можна стимулювати глибокий контакт, довіру та відчуття безпеки у пацієнта, що робить можливим усвідомлення амбівалентності та можливість вибору і прийняття рішень.

Пацієнти з травмами опорно-рухового апарату у переважній більшості є психосоматичними хворими та вимагають відповідного терапевтичного підходу. Інноваційний психосоматичний підхід звертає увагу на той важливий факт, що проблеми пацієнта не можна розділяти на фізичні та психічні – вони вимагають комплексного підходу та колективної співпраці спеціалістів суміжних сфер.

Використана література:

1. Адаптація людини в умовах соціально-економічної кризи: психосоматичний підхід./О.О. Хаустова, О.С. Чабан./Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 1 (21). – С. 84–89.
2. Александер Ф. – Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение./Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
3. В.Ф. Лебедев, Г.В. Сидорова, А.А. Дмитриева, Е.С. Шигаев, А.Г. Гаркуша, Е.Ю. Кузнецова. Оценка качества жизни и реабилитационного потенциала больных с посттравматической патологией тазобедренного сустава//Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 5. – N 88. – С. 114–117.
4. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
5. Лоренц К. Обратная сторона зеркала: Пер. с нем. А.И. Федорова, Г.Ф. Швейника/Под ред. А.В. Гладкого; Сост. А.В. Гладкого, А.И. Федорова; Послесловие А.И. Федорова. – М.: Республика, 1998. 393 с.
6. Малкина-Пых И.Г. – Психосоматика. – М.: Эксмо, 2009. – 169 с.
7. Плотников В.В. Психосоматическая медицина: устаревший термин или новая парадигма/В.В. Плотников, А.А. Северьянова, Д.В. Плотников//Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 12–18.
8. Статистика невинного траватизму у Шевченківському районі за 2007 р./Інтернет-ресурс: <http://shev.gov.ua>.
9. Статистика смертности и травматизма в Украине в 2007–2008 годах (для учета в страховых тарифах)./Інтернет-ресурс: <http://forinsurer.com/public/09/07/07/3823>.
10. Устав (Конституция) Всемирной организации Здравоохранения, основные положения. 1 с. (www.who.int).
11. Чижикова Е. Организация реабилитации больных после травм опорно-двигательного аппарата и инсультов./Інтернет-ресурс: <http://www.anoufrieu.ru>.
12. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. Phoebe E. Bailey, Julie D. Henry./Psychiatry Research. – 2008. – Vol.150: 13–20.
13. Bradberry T., Greaves J. (2005). The Emotional Intelligence Quick Book, (New York: Simon and Schuster.
14. Britton W. Brewer, Judy L. Van Raalte, Allen E. Cornelius. Rehabilitation Adherence, and Rehabilitation Outcome After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction./Rehabilitation Psychology. – 2000. – N.1. – Vol. 45:20–37.
15. Fassino S. Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality./Panminerva Med. –2010. – 52 (3): 249–64.
16. Gokce Doering B., Yegul I. Personality hardiness model as a cognitive-behavioral approach with fibromyalgia patients./European Journal of Pain. – 2009. – Vol. 13: 268.
17. Lecic-Tosevski D. Stress and personality./Lecic-Tosevski D., Vukovic O., Stepanovic J./Psychiatriki. – 2011. – Vol. 22 (4): 290–297.
18. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health//Journal of Personality Assessment. – 1994. – Vol. 63. – N 2. – P. 265–274.
19. Mehdi Nayyeri. Prediction well-being on basic components of hardiness./Mehdi Nayyeri, Somaye Aubi./Social and Behavioral Sciences. – 2011. – Vol. 30: 1571–1575.
20. Nazila Seyyed Khorasani Sadaghiani. The Role of Hardiness in Decreasing the Stressors and Biological, Cognitive and Mental Reactions./Social and Behavioral Sciences. – 2011. – Vol. 30: 2427–2430.
21. Proctor R, Wade R, Woodward Y, Pendleton N, Baldwin R, Tarrier N, Horan M, Burns A. The impact of psychological factors in recovery following surgery for hip fracture./Disability & Rehabilitation. – 2008. – N. 9. – Vol. 30: 716.
22. Psychological Factors, Rehabilitation Adherence, and Rehabilitation Outcome After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Britton W. Brewer, Roos Delahaij. Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes./Roos Delahaij, Anthony W.K. Gaillard, Karen van Damb./Personality and Individual Differences. – 2010. – Vol. 49: 386–390.
23. The 12-Month Effects of Early Motivational Interviewing After Acute Stroke/A Randomized Controlled Trial/Caroline L. Watkins, PhD; Jennifer V. Wathan, MSc; Michael J. Leathley, PhD; Malcolm F. Auton,

- MSc; Carol F. Deans, MSc; Hazel A. Dickinson, MSc; Cathy I. A. Jack, FRCP; Christopher J. Sutton, PhD; Martin D. van den Broek, PhD; C. Elizabeth Lightbody, PhD
24. The impact of psychological factors in recovery following surgery for hip fracture. Proctor R, Wade R, Woodward Y, Pendleton N, Baldwin R, Tarrier N, Horan M, Burns A. Manchester Mental Health and Social Care NHS Trust, UK (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852291>).
25. Wiad Lek. Osteoporosis – pathogenesis and prophylaxis. Skrzypulec V, Rozmus-Warcholińska W, Walaszek A, Drosdzol A, Nowosielski K, Piela B. 2004;57 Suppl 1:295–300.

Summary: research has shown that people with high level of hardiness are more resistant to stress and better able to cope with it than others. This is partly due to the fact that some people have a number of personality traits that protect them from the effects of stress; psychologists call this the stress-hardy personality. These stress hardy personality traits included: Commitment, Control and Challenge.

Stress hardy people obviously have a natural advantage than those of us who do not have these personality traits; however research is suggesting that those of us who do not naturally have the stress hardy personality traits can actually learn them, with time and practice, and so increase our own levels of stress hardiness.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II-ТИПА

Т. В. Солтыс

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры

Ожирение – одна из самых актуальных медико-психологических проблем в современном обществе. Факторы развития ожирения имеют широкий диапазон и могут воздействовать как совместно, так и обособленно. Наиболее значимыми из них являются особенности поведения (переедание, гиподинамия), генетическая предрасположенность, нарушения эндокринной системы, окружающая среда (Крапивина Н. А., 2004).

С распространением ожирения усугубляются связанные с ним тяжелые соматические заболевания, одним из которых является сахарный диабет II-типа.

Особенности пищевого поведения у лиц с сахарным диабетом II-типа изучены недостаточно, а они весьма многообразны, различны по клиническим проявлениям, тесно сопряжены с личностными характеристиками и эмоциональным статусом пациента.

Цель. Изучить характер пищевого поведения во взаимосвязи с особенностями личностно-эмоциональной сферы у женщин с сахарным диабетом II-типа.

Материалы и методы. Обследовано 75 женщин с сахарным диабетом II-типа в возрасте от 32–69 лет. Средний возраст обследуемых женщин составил 55.2 ± 14.05 , рост 160.9 ± 6.9 , масса тела 88.11 ± 23.9 , ИМТ- 33.81 ± 7.7 кг/м².

Проводилось клиническое обследование пациенток, оценка антропометрических показателей; рост, вес. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле ВОЗ (1997). Из психологических тестов использовали: Спилберга (исследование личностной и реактивной

тревожности); Вассермана в модификации Бойко (исследование фрустрированности личности); Зунга (уровень депрессии). Исследование типов пищевого поведения (голландский опросник DEBQ) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением программы БИОСТАТ.

Результаты. Анализ пищевого поведения с помощью опросника DEBQ показал наличие нарушений пищевого поведения у 89% пациенток. Ограничительный тип выявлен у 33%, эмоциогенный у 22%, экстернальный у 34%.

Пациентки с ограничительным типом пищевого поведения имели ИМТ- 34.5 ± 7.3 кг/м² от 29.7–43 кг/м². У пациенток с эмоциогенным типом пищевого поведения ИМТ- 32.6 ± 0.7 кг/м², от 32–33 кг/м². У пациенток с экстернальным типом пищевого поведения ИМТ- 35.13 ± 12.6 кг/м², от 26–49.6 кг/м².

Выраженное ожирение выявлено в I и III группах, абдоминальный тип ожирения преобладал во всех 3 группах, однако различия между группами женщин статистически незначимы ($P \geq 0.05$).

У 86% пациенток во всех исследуемых группах отмечалась высокая реактивная тревожность, 57% имели высокую личностную тревожность. У 43% пациенток была выявлена легкая депрессия. Фрустрированность выявлена: у 57% пациенток пониженная, 28% неопределенная и 15% очень низкая.

Наиболее выражена тревожность и депрессия у пациенток с ограничительным типом пищевого поведения. Вследствие выросших ограничений, которые выставляет сахарный диабет, часто возникают страх и чувство безысходности (Пезешкиан Н., 1996 г.). Менее выражены депрессивные состояния у лиц с экстернальным типом пищевого поведения.

Носсрат Пезешкиан (1996 г.) отмечает, что хронический «голод по любви» больной диабетом утоляет защитным образом при помощи еды, особенно сладостей. Нами было проанализировано семейное положение исследуемых пациенток. Замужем находилось 22% пациенток, 44% были вдовами и 34% были разведены. ИМТ-пациенток которые были замужем был самым низким 27.9 ± 1.6 кг/м², у вдов он составил 32 ± 1.4 кг/м², у разведенных пациенток ИМТ был самым высоким 44.2 ± 4.9 кг/м² ($P \leq 0.05$)

Выводы. У пациенток с ограничительным типом пищевого поведения отмечается сочетание тревоги и депрессии. У пациенток с экстернальным типом пищевого поведения наиболее высоких значений достигает реактивная тревожность. У пациенток с эмоциогенным типом показатели тревожности и депрессии были значительно ниже, чем при ограничительном и экстернальном поведении.

Неустроенную личную жизнь имели 78% пациенток с сахарным диабетом II-типа. Показатель личной жизни, у них, тесно коррелировал с ИМТ и психоэмоциональным состоянием. У вдов, отмечали тип пищевого поведения преимущественно эмоциогенный, ИМТ средний, показатели тревожности и депрессии высокие. У разведенных пациенток, ИМТ был самый высокий, преобладал экстернальный тип пищевого поведения, но отмечались наиболее низкие значения личностной тревожности и депрессии.

ВЛИЯНИЕ ЭФИРНОГО МАСЛА ИЛАНГ-ИЛАНГА И ПСИХОРЕЛАКСИРУЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

В.В. Тонковцева, А.М. Ярош, М.В. Дихтярук, В.В. Сойко, А.В. Любарский

Никитский ботанический сад – Национальный научный центр

Локомотивное депо Южной железной дороги

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Отдел сексологии, андрологии и психотерапии ОПС ГКРД № 1

Современный человек подвергается сильным умственным и психоэмоциональным нагрузкам, воздействию неблагоприятных факторов урбанизированной окружающей среды. Все это повышает риск развития психосоматических заболеваний и требует разработки методов повышения устойчивости к воздействию указанных факторов. К таким методам могут относиться психорелаксирующие программы и использование эфирных масел (ЭМ) [4, 5].

Целью работы является изучение возможности оптимизации психоэмоционального состояния и умственной работоспособности с использованием психорелаксирующей программы и мало изученного в этом плане ЭМ иланг-иланга *Cananga odorata* (Lam.)

Материал и методы исследования

Исследования проведены у 20 мужчин в возрасте 25–50 лет. Контролем служила аналогичная группа в количестве 20 человек. Испытуемые контрольной группы находились в течение 10 минут в покое при включенной психорелаксационной записи. Испытуемые опытной группы находились в том же помещении в течение того же времени при включенной той же психорелаксационной записи и испарении в атмосферу ЭМ иланг-иланга, в составе которого доминируют β -кариофиллен, геранилацетат, бензилацетат. Концентрация летучих компонентов ЭМ в атмосфере помещения составляла 0,1 мг/м³. Тестирование проводили перед и после процедур.

Для оценки влияния ЭМ на нервную систему использовались корректурная проба (буквенный вариант), тесты САН, самооценки эмоциональных состояний и запоминания 10 слов [2, 3]. Полученные данные обработаны статистически с использованием t – критерия Стьюдента для независимых и сопряженных выборок [1].

Результаты и их обсуждение

В тесте САН исходно значительных различий между группами не было (табл. 1). Отмечены лишь лучшая оценка самочувствия и тенденция к более высокой оценке внимательности в контрольной группе.

Психорелаксационное воздействие (контроль) не сопровождалось достоверным изменением оценок изучаемых показателей.

Дополнительное воздействие ЭМ иланг-иланга (опыт) привело к достоверному повышению оценок общего состояния, самочувствия, бодрости, внимательности, уменьшения напряженности.

По тесту самооценки эмоциональных состояний достоверных различий между исходным состоянием контрольной и опытной групп не было (табл. 2).

Психорелаксационное воздействие (контроль) не сопровождалось достоверным изменением оценок изучаемых показателей.

Дополнительное воздействие ЭМ иланг-иланга (опыт) привело к достоверному уменьшению тревожности, приподнятости настроения, повышению уверенности в себе.

В корректурной пробе достоверных различий между исходными значениями показателей в опытной и контрольной группах не было (табл. 3). Отмечена лишь тенденция к большей скорости работы на 1-й минуте теста в опытной группе.

Психорелаксационное воздействие (контроль) сопровождалось только уменьшением количества ошибок на 2-й минуте теста.

Дополнительное воздействие ЭМ иланг-иланга (опыт) привело к достоверному увеличению темпа работы на обеих минутах теста.

Различие конечных состояний испытуемых опытной и контрольной групп характеризуется достоверно меньшей скоростью работы на 1-й минуте теста в контрольной группе.

Таблица 1

**Влияние релаксации с ЭМ иланг-иланга на психоэмоциональное состояние
(оценка по тесту САН, 20 чел)**

Показатель	Р _{о/к} исх<		исходно	после	Р _{о д/п} <
общее состояние		Контр.	136,60±8,07	148,60±7,00	0,03
		Опыт	129,75±6,02	142,15±6,18	
самочувствие	0,05	Контр.	152,10±7,66	161,10±6,36	0,03
		Опыт	129,30±7,31	144,70±6,35	
настроение		Контр.	142,70±10,63	156,90±7,42	
		Опыт	138,60±7,91	150,25±6,46	
разбитость– работоспособность		Контр.	130,60±8,13	142,60±7,42	
		Опыт	132,35±7,23	141,20±6,57	
напряженность– расслабленность		Контр.	127,60±7,52	145,75±7,85	0,03
		Опыт	111,70±10,09	145,15±8,19	
вялость– бодрость		Контр.	125,00±9,59	130,40±8,74	0,03
		Опыт	122,65±7,32	138,75±6,54	
рассеянность– внимательность	0,1	Контр.	136,20±8,24	146,80±6,66	0,01
		Опыт	118,65±6,12	136,90±6,90	

Таблица 2

**Влияние релаксации с ЭМ иланг-иланга на психоэмоциональное состояние
(оценка по тесту самооценки эмоциональных состояний, 20 чел)**

Показатель		До процедуры	После процедуры	Р д/п<
Тревожность – спокойствие	опыт	6,20±0,26	6,95± 0,28	0,004
	контроль	6,05±0,23	6,45±0,23	
Усталость – энергичность	опыт	5,65±0,17	6,05±0,15	
	контроль	6,20±0,31	6,65±0,28	
Подавленность – приподнятость	опыт	6,00±0,13	6,30±0,15	0,03
	контроль	6,15±0,22	6,45±0,18	
Беспомощность – уверенность в себе	опыт	6,25±0,29	6,80±0,24	0,02
	контроль	6,55±0,34	6,40±0,30	

Таблица 3

**Влияние релаксации с ЭМ иланг-иланга на умственную работоспособность
(оценка по корректурной пробе, 20чел)**

	Группа	Исходно	Р _{о/к} исх<	После	Р д/п<	Р _{о/к} пос<
Темп 1	контроль	312,80±16,58	0,1	340,20±19,24	0,0002	0,001
	опыт	364,75±20,77		483,30±26,62		
Ошибки 1	контроль	1,45±0,33		0,80±0,30		
	опыт	1,30±0,51		0,85±0,27		
Темп 2	контроль	384,80±19,20		377,65±16,49	0,003	
	опыт	365,10±18,49		439,70±29,47		
Ошибки 2	контроль	3,20±0,59		0,75±0,20	0,0003	
	опыт	1,90±0,50		1,15±0,50		

Показатели краткосрочной памяти в опыте и контроле исходно не имели различий (табл. 4). Достоверной динамики их после процедур тоже не отмечено.

**Влияние релаксации с ЭМ иланг-иланга на краткосрочную память
(оценка по тесту запоминания 10 слов, 20 чел)**

Группа	До процедуры	После процедуры	Рд/п<
Опыт	6,45±0,39	6,80±0,27	0,38
Контроль	6,65±0,20	6,40±0,23	0,14

Суммируя изложенное, можно видеть, что психорелаксирующая программа сама по себе не оказывает выраженного влияния на психоэмоциональное состояние и умственную работоспособность испытуемых..

Дополнение психорелаксирующей программы воздействием ЭМ иланг-иланга сопровождается существенным улучшением психоэмоционального состояния испытуемых, что подтверждается тестами САН и самооценки эмоциональных состояний. Одновременно повышается их умственная работоспособность.

На краткосрочную память ни психорелаксирующая программа, ни воздействие ЭМ иланг-иланга существенного влияния не оказали.

Следовательно, ЭМ иланг-иланга в сочетании с психорелаксационной программой можно использовать улучшения психоэмоционального состояния и повышения умственной работоспособности человека.

Список литературы

1. Лакин Г.Ф. Биометрия. – М.: Изд-во «Высшая школа», 1989. – 291 с.
2. Основы психологии: Практикум. /Ред.-сост. Л.Д. Столяренко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 704 с.
3. Практикум по психологии. /Под ред. А.Н. Леонтьева, Б. Гиппенрейтер. – Изд. Моск. ун-та, 1972. – 248 с.
4. Солдатченко С.С., Пидаев А.В., Кашенко Г.Ф. Ароматерапия. Профилактика и лечение заболеваний эфирными маслами. – Симферополь: Таврида, 1999. – 207 с.
5. Эфиромасличные и пряно-ароматические растения. /Либусь О.К., Работягов В.Д., Кутько С.П., Хлыпенко Л.А. – Херсон: Айлант, 2004. – 272 с.

УДК 61:577.8]:616–07 (091)

**«ГОРМОНО-СЕКСОЛОГИЯ»: ЭВОЛЮЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО
(ОРГАНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО) ПОДХОДА В СЕКСОЛОГИИ**

В.В. Чугунов, Б.В. Михайлов, Ю.И. Заседа

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме: статья освещает становление гормоно-сексологии как исторической формы современной медицинской сексологии, в многообразии вариантов её идентификации (психосексология, уросексология, нейросексология, сексология-венерология). Показано, что гормоно-сексология развивалась в «протодисциплинарных группах» XIX века, монодисциплинарных подходах первой трети XX века, в клинических технологиях «патосексологии» 50–60-х годах XX века и системно-медицинских «традициях» «сексопатологии» 70–80-х годов XX века.

Ключевые слова: гормоно-сексология, органотерапия, опотерапия, эндокринология, эволюция, подход.

Известен ряд форм дисциплинарной идентификации сексологии – таких как психосексология, уросексология, нейросексология, этносексология, венерология-сексология, сексология-психотерапия, психоаналитическая сексология [7, 9, 11].

Однако существует и ещё одна форма такой идентификации, которая может быть названа «гормоно-сексологией». Эта специфическая форма идентификации имеет глубокие исторические корни, что обусловлено вполне понятными биологическими соотношениями.

В XIX в. сексология, а точнее, её разномасштабные дисциплинарные преформы, будучи рассеянной по отдельным протодисциплинам, являла собой разрозненные сведения о сексуальности и, естественно, неотделимом от неё, умеренной и безопасной, репродуктивном здравии [1, 12, 18].

С определённой долей условности в XIX в. можно отграничить следующие протодисциплинарные группы: «половые болезни», «душевные болезни», «частная патология и терапия», «популярная гигиена и общественное здоровье». Однако нельзя забывать и о родившейся в одночасье, в конце XIX в., эндокринологии – просто особой группы «наук о гормонах» не существовало. Тем не менее, эндокринология просто-таки выросла из экспериментов над половыми железами, равно как и наблюдений за последствиями их утраты [4].

Изменение ситуации в сфере научно-медицинского знания в первой трети XX в., связанное как со спецификой его эволюции, так и со сменой социальных структур, приводит к трансформации групп протодисциплин, всё ещё располагающихся в пато-медицинском ареале. Большинство составляющих их дисциплинарных областей предстаёт уже почти в современном виде – с собственными базовыми теориями, методологическим аппаратом и устоявшейся клиникой. Вследствие этого эти «группы-родоначальницы» распадаются, захватывая отдельные разделы, посвящённые *патологической сексуальности* – сферы, соответствующие их умениям, или же отвечающие их притязаниям – и выявляя негативные тенденции формирования *раздробленности* и *периферийности* сексологии [8].

Практически во всех дисциплинах, обращавшихся к каким-либо проблемам сексуальности – сексуальности *патологической*, требующей исправления, надзора и профилактики, с целью уменьшения численности последующих *половых страданий* – во всех этих многочисленных дисциплинах отдельные элементы сексологии, не отвечая специфике дисциплины вследствие неудобства укладывания сексологических феноменов в узкодисциплинарные рамки, расценивались как *непрофильные*. В результате даже чисто номинально эти патосексологические фрагменты – сформированные, к тому же, под влиянием клинической почвы своей *alma mater*, – были вынесены на периферию: все сведения о *сексуальных расстройствах* – и без того, надо сказать, довольно незначительные – располагались где-то в последних главах руководств по тем дисциплинам, которые сейчас именуются *смежными*.

В то же время наблюдается и парадоксальный противоположный процесс: представители этих дисциплин, по существу, не разрабатывая предмет сексологии, ревниво охраняют свои права на неё, ухитряясь помещать многие сексологические проблемы в прокрустово ложе общих и специальных теорий своей дисциплины.

Вопреки тому, что *эндокринология*, в её первоначальном *физиолого-медицинском варианте*, получает усиленное развитие уже во второй половине XIX в. (а её сенсационное рождение медики хорошо помнят) – *эндокринологический подход в сексологии* оформляется лишь в первой трети XX в. [2].

Рождение эндокринной теории связывается с известным докладом Ch. Brown-Séquard'a (заседание Парижского Société de Biologie 1 июня 1889 года) [3, с. 4], несмотря на хорошо известные более ранние опыты и наблюдения, в т. ч. – и прежде всего – касающиеся половых желёз.

Для практики *органотерапии*, лежащей в основе *эндокринологического подхода*, характерны следующие черты:

- 1) ориентация на *омоложение* и *продление жизни*, *борьбу с преждевременной старостью*, а также – на коррекцию *дисфункций* эндокринной природы; её *сексологические аспекты* находятся на *периферии*;
- 2) массовый выход в короткий промежуток времени трудов, уже даже в названиях которых фигурирует основная проблематика подхода – т. е. посвящённых этим проблемам целиком и полностью, а также наличие множества дискуссий;
- 3) создание новых научно-исследовательских учреждений – и, иногда, даже перепрофилирование уже действующих;
- 4) большое количество сенсационных результатов;
- 5) тенденции интервенции частных теорий опотерапии в общесексологические положения, и универсализации – весьма грубой и искусственной – предлагаемых методик.

Появление таких *опо-сексологических* построений, вообще говоря, является тривиальным следствием естественного внимания эндокринологии к *половым железам* – как к железам *эндокринным*, в числе многих других.

Очевидно, что органотерапия не являлась специфическим сексологическим арсеналом лечебных методик, а захватывала некоторые сферы компетенции сексологии благодаря ориентации на базовый *анатомо-физиологический субстрат сексуальности мужчины*.

Эндокринологический подход – имеющий, всё же, весьма косвенное отношение к сексологии как таковой – реализуется в *органотерапевтическом (опотерапевтическом) и эндокринно-хирургическом (перевязки и пересадки)* вариантах [5].

В начале XX в. наряду с уже существовавшей опотерапией появляются устойчивые тенденции к *«переводу хирургии на эндокринологические рельсы»* [9].

Оперативная техника этой *хирургической эндокринологии* включала операции на семенных путях (перевязки, резекции семявыносящего протока; резекции или иссечения придатка; «хемооперации») и «длительную органотерапию» – прививки, пересадки (прививки железистых клеток; ауто-, гомо- и гетеротрансплантации) [6, с. 599].

Значение *первого типа операций* наглядно иллюстрируется перечнем показаний: *раннее постарение (senium praesox)*; разнообразные *тяжёлые заболевания и кахексии*; *поражение костей и суставов*, связанное с изменениями функций эндокринной цепи; *самопроизвольная гангрена и незаживающие язвы*; некоторые формы *impotentio (coëundi; generandi (односторонняя))*; *депрессивные состояния*; *мастурбация*; *гипертрофия предстательной железы*; *физиологическая старость* [6, с. 607–608] – очевидно, что эти операции имели своей целью прежде всего *общесоматическое воздействие* – повышение *неспецифической резистентности*, стимуляцию *репаративных процессов*, и лишь в незначительной степени – лечение сексуальных нарушений.

Топографо-анатомическое разнообразие мест пересадок и вариабельность техники *второго типа операций* явились следствиями напряжённого поиска максимального эффекта, катанестического благополучия, а также различий в представлениях авторов методик о структуре и функциях *половой железы* (вплоть до сомнений в наличии внутренней секреции яичек, споров об анатомо-физиологической сущности *«эротизации»*, а также происхождении и химической структуре *«генола»*).

Весьма широки и показания к пересадке половых желёз: проявления *«преждевременной старости»*; *заболевания, дисфункции эндокринной природы и обменные нарушения*; *«психозы»*; наиболее многочисленная группа – *патология половых желёз* (сюда же относятся: *«потеря половой железы»*, *патологический климакс у мужчин*, *гипогонадизм*, некоторые формы *бесплодия* и прочее); наконец, сексуальные дисфункции (*«сексуальная неврастения»*, *«импотенция»*, *«половая слабость как результат эксцессов»*) и *«некоторые формы гомосексуализма»* [6, с. 629–630]; несмотря на то, что патология *сексуальной сферы* представлена более обширно, занимаемое ею место вновь далеко не исключительно.

Открытие Ch. Brown-Séquard'ом *динамогенных соединений* способствовало изучению А.В. Пелем *химии семени* и содержащегося в нём *основания – спермина*; приступая к исследованиям, А.В. Пель исходил из предположения об идентичности *спермина* и *этиленмина*, впоследствии опровергнутом данными анализа, что послужило поводом к довольно оживлённой полемике. (Вследствие появления в торговле под именами *спермина* и *сперматина* множества других препаратов, этому, *настоящему*, спермину было присвоено название *«Sperminum-Poehl»* – во избежание подобных отождествлений) [10].

Наблюдения А.В. Пеля, свидетельствующие о терапевтической эффективности *спермина* в лечении разнообразных заболеваний – а их число довольно велико, также как весьма широк их спектр, – содержат и отдельные сексологические примеры.

«Наблюдение № 112. Impotentia.

«Больной Г. 31 году, купец. Impotentia. Болен уже 11 лет. Онанизмом никогда не занимался и не развратничал. Утрата половой деятельности наступила сразу. Эрекции по временам бывают, но очень слабые, так что coitus'a иметь не может. Пробовал лечиться электричеством, но безуспешно. Сделано 12 впрыскиваний. Местной реакции не наблюдалось. В результате, больной уже после 3 первых впрыскиваний имел, хотя и слабый, coitus. В настоящее время даже женился и имеет детей» [10, с. 220].

Новые виды лечения – *лизато-, урогравиданотерапия*, – модификации уже известных, с быстро возникающей экспериментальной теорией, – вызывают крепнущий энтузиазм

практиков и немой восторг у публики. Новому методу лечения – отдельное научно-исследовательское заведение; таким путём, например, создаётся *Институт урогравиданотерапии*.

Сенсационная *клиника* этого подхода довольно прочно связана с именем S. Voronoff'a, чьи наблюдения свидетельствуют об эффективности пересадок.

«Пятая пересадка от обезьяны человеку была произведена 23 ноября 1920 г. мужчине 33 л. из Северной Америки. Он не был поражен преждевременной старостью, но у него были некоторые симптомы, которые я надеялся улучшить путем пересадки яичек.

Действительно, с 23-х летнего возраста его половая сила значительно ослабла, и за последние 3 года он отмечает полную старческую холодность. Эта ненормальность отразилась на его общем состоянии, на его психике, вызвала меланхолию и глубокую неврастению, общую усталость, астению, нарушение функций кишок, боли в желудке, мигрень, апатию, идеи о самоубийстве. Больной сообщил мне, что в Нью-Йорке он два раза прибегал к впрыскиваниям семенных вытяжек, и что каждый раз наступало улучшение общего состояния, прекращались запоры, мигрени и т. п., но это улучшение исчезало вскоре после прекращения впрыскиваний.

Эти результаты опотерапии укрепили меня в предположении, что больному могла бы помочь пересадка половых желез. Я и произвел таковую 29 ноября 1920 г.

Яичко большой обезьяны *супосерphalus* было разделено пополам, и каждая половина пересажена на яичко больного. Послеоперационное течение – неосложненное.

Больной отмечает, прежде всего, приблизительно через три недели после операции большое улучшение работы кишечника. Он утверждает, что у него прекратилось выпадение волос. Со стороны половой сферы больших перемен нет. Больной покидает Париж, и я увидел его только год спустя. Он рассказывает, что в течение первых 6 месяцев после операции его неврастеническое состояние улучшалось весьма медленно, и половая холодность осталась без перемен. Он заметил явное улучшение только со стороны кишечника. Но после того, как в результате какой-то сентиментальной идилии у него восстановилась половая потенция, – неврастения сменилась бодрым настроением, и в то время, когда я его видел, он пользовался прекрасным здоровьем, которое он приписывает пересадке.

На мое замечание, что сентиментальная идилия имела как будто большее значение, чем пересадка, больной ответил не без юмора, что с 23-х летнего возраста в идилиях у него не было недостатка, а проявление мужских сил все-таки всегда отсутствовало» [13, с. 61–62].

Экспансивные тенденции органотерапии привели к появлению общих («пубертатной железы», «эротизации») и частных (объясняющих развитие импотенции и появление гомосексуализма) сексологических теорий, а также отдельных конституционалистских построений. Несмотря на формулировку ряда положений общего уровня, достаточно актуальных уже вследствие обращения к анатомо-физиологическому субстрату сексуальности мужчины, выраженный механицизм представлений об этиопатогенезе сексуальных расстройств (а этот механицизм всегда сопровождает увлечённость хирургической техникой) явился причиной создания *семьёберегающих* лечебных методик для борьбы с мастурбацией, способов эндокринно-хирургического лечения гомосексуализма и т. п.

Хотя вопрос о превалировании положительного или негативного влияния *органотерапии* на развитие *сексологии* продолжает оставаться спорным, нельзя не заметить, что в рамках подхода был накоплен уникальный экспериментальный материал об анатомо-физиологической базе мужской сексуальности.

Влияние эндокринной теории распространялось и на другие подходы в сексологии. Так, в рамках *психиатрического подхода* возникает т. н. *психорефлексология* («объективная психологии») В. М. Бехтерева и его школы, имеющая тенденции к слиянию с *эндокринологическим подходом* в виде т. н. «*гормоно-рефлексологии*» [14].

В рамках же *уросексологии* появляется новый исследовательский *fétiche* – *prostata*. Предстательная железа – так же, как и иные органы, *близкие к эндокринным*, – имеет свою *внутреннюю секрецию*; здесь можно отчётливо видеть те общие тенденции 20–30-х гг., которые и воплотились в *эндокринологическом подходе* [15]

В 50–60-е гг. начинается формирование различных *клинических технологий патосексологии* – каждой со своим особым видением *клинико-диагностического* и *лечебно-реабилитационного* процессов. Происходит формирование основных *клинико-методологических подходов* в сексологии: *структурно-функционалистского* (анатомо-физиологического, или *синдромологического*, – или же *нейрофизиологического*), *структурного* (анатомического,

или сомато-неврологического, – или же терапевтического) и функционалистского (физиологического, или психотерапевтического). Их истоки угадываются – а иногда и ясно видны – в ранее существовавших протодисциплинарных группах XIX в. и монодисциплинарных подходах первой трети XX в.

И вновь эндокринологический подход теряет идентичность, растворяясь в повседневной сексологической практике. Однако в рамках структурно-функционалистского подхода начинают проводиться серьёзные исследования гипоталамо-гипофизарной регуляции сексуальных функций. Их результаты воплощаются в концепции *стадий и составляющих копулятивного цикла* [16, 17]; из последних в контексте данной работы следует упомянуть *нейрогуморальную составляющую и нейрогуморальную стадию* копулятивного цикла (впоследствии переименованную в *состояние [предварительной] нейрогуморальной готовности*). Соответственно этим представлениям выделяется и «синдром нарушения нейрогуморальной составляющей, связанный с патологическими изменениями субталамического нейрогуморального центра или некоторых эндокринных желез, имеющих влияние на половые функции» [16, с. 9].

Наконец, специфическое воплощение эндокринологический подход в сексологии находит в рамках формирования учения о *половой конституции*, которое должно быть отнесено к системно-медицинским «традициям» «сексопатологии».

В целом обращённые к конституции исследования обнаруживают важные с точки зрения *гормоно-сексологии* тенденции:

- 1) вырабатываются представления о связи конституции и эндокринии;
- 2) обсуждения конституции довольно своеобразным образом – но, несомненно, тесно – связаны с представлениями о деятельности половых желёз: имеются в виду дискуссии о *дисгениализме* (или о т. н. *дисгениальных типах*).

Интерес представляет также концепция *эргогенеза*, в которой специфическим – «гормоно-рефлексологическим» – образом рассмотрены взаимодействия эндокринных желёз. Эти представления о половой конституции как о типе *функционально-энергетического реагирования* изложены в работе «Физиология типов» Н. А. Белова: «Величайшими агентами для образования типических свойств являются половые железы» [19, с. 107].

Рассмотрение начинается с обзора феноменов соотношения семенных желёз с другими эргогенными элементами организма, и завершается освещением взаимодействия семенных желёз и простаты. Так, Н. А. Белов говорит, что «семенные железы имеют выработанную связь с предстательной железой», и, далее, что «усиление деятельности семенных желёз вызывает усиление отправления предстательной железы, а ослабление – ослабление; но со стороны предстательной железы идут перекрестные импульсы» [19, с. 115–116]. Авторские зарисовки влияния семенных желёз на внешность вполне обыкновенны; эти *гипер-* и *гипотестикулярные* типы хорошо известны каждому, кто хотя бы поверхностно знаком с историей клинической медицины. Семенные железы и яичники, по мнению автора, *сходственны*, и здесь – по аналогии – мы получаем *гипер-* и *гипоовариальные* типы; однако есть ещё и *гипер-/гипомаммарные* типы – разумеется, со своими морфо-конституциональными и функциональными (в т. ч. обменными) характеристиками.

В целом, гормоно-сексология, зародившись во второй половине XIX в., пройдя период своей идентификации и пережив часы своего расцвета в первой трети XX в., органически вливается в клинические технологии «патосексологии» 50–60-х гг. XX в. Сегодня же *mentis эндокринологии* постепенно уходит из системных модификаций сексологии; однако сохраняются некоторые специфические особенности взаимоотношений *эндокринологии* и *сексологии* – в области интерференции их клинической практики.

Литература:

1. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии / В. В. Чугунов. – К.: Здоров'я; Х.: Око, 2000. – 600 с.
2. Циклик А. М. Развитие учения о нейрогормональных связях в отечественной эндокринологии – 80-е годы XIX века – 60-е годы XX века (1965) (Материалы к истории отечественной эндокринологии) / А. М. Циклик. – Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М.: Ин-т физиологии АН УССР, 1967. – 22 с.
3. Бидль А. Внутренняя секреция, её физиологические основы и значение для патологии: Пер. с 2-го нем. перераб. изд. П. Б. Вакса / Под ред. и с доп. А. В. Репрева; Предисл. R. Paltauf / А. Бидль. – Пг.: Изд-во «Практическая Медицина» (В. С. Эттингер), 1914. – Т. 1. – XII. – 481 с.
4. Чугунов В. В. Библиографический указатель сексологической литературы (на русском и украинском языках) с 1775 по 1951 год / В. В. Чугунов // Система сексологии: В 4 т. Т. 1: Отечественная сексология в XIX – XX веках (Историко-теоретическое исследование). – Х.: Основа, 1995. – С. 311–343.

Оригинальные статьи

5. Российский Д. М. Систематический указатель русской литературы по эндокринологии и органотерапии с 1860 по 1926 г. (Прил. к «Медико-биологическому журналу» за 1926 г.)//Д. М. Российский. – М. – Л.: Госиздат, 1926. – 93 с.
6. Гораш В. А. Расстройства внутренней секреции половых желез//Руководство практической хирургии/Под ред. С. С. Гирголава, А. В. Мартынова, С. П. Федорова. Т. 2. Хирургия спинного мозга, спинномозговых нервов, вегетативной нервной системы и органов внутренней секреции/В. А. Гораш. – М. – Л.: Госиздат, 1929. – С. 550–632.
7. Омоложение. Второй сборник статей/Под ред. Н. К. Кольцова. – М. – Пг.: Госиздат, 1924. – 148 с.
8. Чугунов В. В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1: Отечественная сексология в XIX – XX веках (Историко-теоретическое исследование). – Х.: Основа, 1995. – 346.
9. Оппель В. А. Лекции по клинической хирургии и клинической эндокринологии для хирургов. – Тетрадь 1./В. А. Оппель. – Л.: Практическая медицина, 1929. – 264 с.
10. Пель А. В. Физиолого-химические основы теории спермина и клинические материалы о терапевтическом применении спермина (Sperminum Pöehl)/А. В. Пель. – С.-Пб.: Изд-е «Журнала Медицинской Химии и Органотерапии», 1899. – Х. – 366 с.
11. Атаров Н. Гравидан/Н. Атаров//Наши достижения. – 1934. – № 3. – С. 74–80.
12. Поповский А. Лицом к человеку/А. Поповский//Наши достижения. – 1934. – № 3. – С. 56–73.
13. Воронов С. Пересадка половых желез: Пер. с фр./Под ред. А. А. Кронтовского/С. Воронов. – Х.: Научная мысль, 1924. – 88 с.
14. Сперанский В. И. Гормоно-рефлексология как основа психологии и психиатрии/В. Сперанский. – Х.: Научная мысль, 1923. – 59 с.
15. Фронштейн Р. М. Заболевания простаты в свете учения об её внутренней секреции (1929)//Фронштейн Р. М. Избранные труды/Отв. ред. Б. Д. Петров. – М.: Медгиз, 1953. – С. 317–324.
16. Васильченко Г. С. Проба физиологического толкования нервной импотенции. – Дисс. ... канд. мед. наук./Г. С. Васильченко. – Куйбышев – М.: Центральный ин-т усовершенствования врачей, 1952. – 10 с.
17. Васильченко Г. С. Патогенетические механизмы импотенции/Г. С. Васильченко. – М.: Медгиз, 1956. – 172 с.
18. Богомолец А. А. Введение в учение о конституциях и диатезах/А. А. Богомолец. – М.: Изд-е М. и С. Сабашниковых, 1926. – 172 с.
19. Белов Н. А. Физиология типов (опыт исследования психо-физических особенностей личности в зависимости от эргогенеза)/Под ред. и с предисл. В. М. Бехтерева./Н. А. Белов. – Орел: Красная книга, 1924. – 246 с.

«ГОРМОНО-СЕКСОЛОГІЯ»: ЕВОЛЮЦІЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО (ОРГАНОТЕРАПЕВТИЧНОГО) ПІДХОДУ В СЕКСОЛОГІЇ

В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, Ю. І. Заседа
Харківська медична академія післядипломної освіти

Стаття відтворює становлення гормоно-сексології як історичної форми сучасної медичної сексології, у різноманітні варіантів її ідентифікації (психосексологія, уросексологія, нейросексологія, сексологія-венерологія). Показано, що гормоно-сексологія розвивалася в «протодисциплінарних групах» XIX століття, монодисциплінарних підходах першої третини XX століття, в клінічних технологіях «патосексології» 50–60-х роках XX століття та системно-медичних «традиціях» «сексопатології» 70–80-х років XX століття.

Ключевые понятия: гормоно-сексология, органотерапия, опотерапия, эндокринология, эволюция, подход.

«HORMONE SEXOLOGY»: EVOLUTION OF ENDOCRINOLOGY (ORGANOTHERAPEUTIC) APPROACH IN SEXOLOGY

V. V. Chugunov, B. V. Mikhailov, Y. I. Zaseda
Kharkov medical academy of postgraduate education

The article reconstructs the formation of hormone-sexology as a historical form of modern medical sexology in the variety of types of its identification (psychosexology, urosexology, neurosexology, sexology-venerology). It is shown that hormone-sexology developed in «protodisciplinary groups» of the XIX-th century, monodisciplinary approaches of the first third of the XX-th century, clinical technologies of «pathosexology» of the 50 — 60-th of the XX-th century and systematic-medical «traditions» of «sexopathology» of the 70–80-th of the XX-th century.

Key words: hormone-sexology, organotherapy, opotherapy, endocrinology, the evolution, approach.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА: «ПАЦИЕНТ ЗДОРОВ»?

Согласно древней легенде каждому при рождении дается талант. Наша главная цель в жизни – определить, что это за талант, и применить его во благо людям. Господь обязательно спросит, как мы использовали данные нам возможности.

Человек, который отыскал в себе не просто талант, а множество способностей, и успешно реализует их – это Гагик Микаелович Назлоян, врач, который помог тысячам пациентов. Доктор, отказавшийся от медикаментозного лечения душевнобольных, ставший автором известного психотерапевтического метода – маскотерапия, благодаря которому многие люди обрели второй шанс на успешную жизнь. Он брался за дело даже тогда, когда все другие врачи отказывались помочь. И таких случаев в его практике немало.

При этом в нем нет и тени «звездности», заносчивости. Это открытый, жизнерадостный, улыбчивый и очень энергичный мужчина, от которого веет уверенностью, знаниями и силой. Интуитивно чувствуешь, что он тот, кто знает ответы на многие вопросы...

Судьба балует его встречами с интересными людьми, он знаком со многими выдающимися личностями по всему миру, которые гордятся знакомством с ним.

Биографическая справка:

Назлоян Гагик Микаелович – автор психотерапевтического метода маскотерапии, врач-психиатр. Окончил аспирантуру в секторе проблем психологии научного творчества под руководством профессора М.Г. Ярошевского. Защитил диссертацию «Развитие проблем психологии творчества» и получил степень кандидата психологических наук. Заведовал психиатрическими отделениями в Московской области, Москве и Ереване, Премонтре (Франция). Почетный доктор педагогики в Лозанне (Швейцария), представлял нашу страну на всемирном конгрессе врачей-христиан в Сеуле. В течение многих лет читал лекции и вел семинары в МГУ им. Ломоносова, в МГПУ и в КГМУ им. С.И. Георгиевского. В 1990 создал первый независимый центр психотерапии – Институт Маскотерапии. Участник более ста научных конференций в России и в Европе, в том числе и посвященных авторским методам. Состоит в Профессиональной психотерапевтической лиге, в Профессиональном медицинском объединении психотерапевтов, психологов и социальных работников.

Автор оригинальных методов лечения душевнобольных. Научные разработки Г.М. Назлояна получили признание известных специалистов психиатрических и психотерапевтических центров многих стран.

Об этом человеке много написано, сняты документальные фильмы. Гагик Микаелович – автор уникальной авторской методики психотерапии, объединяющей психиатрию, психотерапию и искусство.

Удивительный человек с удивительной биографией.

Две параллели

– Гагик Микаелович, расскажите, с чего начался Ваш путь в психиатрию?

– Я бы сказал, что начал было несколько.

Рос я обычным дворовым пацаном, который втайне много читал (тогда это было не принято и даже стыдно). Тайком бегал в библиотеку – там и началось знакомство с Фрейдом, Ницше и другими великими авторами. Читал запоем все, что мне попадалось.

Это были 50-е года, когда Берия объявил амнистию. Многие преступники вернулись из дальних лагерей и такие подростки, как я, оказались в сфере их влияния. Будучи мальчишками, мы сидели до поздней ночи и слушали истории об их похождениях и тоже мечтали о воровской жизни. На улицах то и дело были массовые драки.

Получался такой контраст: с одной стороны – книги и мысли великих людей, духовный рост, с другой – «заманчивая» блатная жизнь, полная приключений.

Мои школьные друзья до сих пор не могут поверить, что я стал известным врачом, что моя жизнь сложилась именно так.

В тот день, когда я поступал в мединститут, была такая драка, что на экзамен по химии я пришел в очень потрепанном виде. Родители переживали за меня. И чтобы не стать на

преступную стезю, мне пришлось перевестись в Донецк. Там, на лекциях, я и познакомился с Давидом Израилевичем Дубровским (**прим. автора** – российский и советский философ, психолог, специалист в области аналитической философии сознания, доктор философских наук, профессор).

Пять лет я ученичествовал и жил у них дома. Этот замечательный человек предоставил мне свой кабинет с огромной библиотекой. Его жена стала для меня наставником в области духовности и нравственности. До сих пор с особой теплотой вспоминаю то время...

Тогда я готовил себя к карьере философа и одновременно занимался проблемой творчества. Именно в тот период я занял 7 первых мест на всесоюзных студенческих конференциях.

Уже на третьем курсе, совместно с семьей академиками, я участвовал в написании книги для преподавателей медицинских ВУЗов по методологическим вопросам медицины. Позднее эта книга сыграла отрицательную роль в тот период моей жизни, когда я перевелся в I Московский мединститут.

Чтобы получить за этот труд свой первый гонорар (80 рублей – огромные деньги для студента!), я пришел к заместителю декана, который сразу же невзлюбил меня (студент и уже с книгой!) и как мог препятствовал моему поступлению в аспирантуру. Формальной причиной отказа послужила моя вера в Бога. В советское время за такое могли просто отчислить из института.

Так что вместо аспирантуры по распределению я был назначен врачом-инспектором, инспектировал места, где проживали заключенные. Наихудшее назначение, которое только могло быть!

Но мне всегда везло на хороших людей. Именно тогда я познакомился с семьей Короповых, которая повлияла на мою судьбу. Мы познакомились с Сашей в университетском общежитии, как только он узнал, что мне негде жить, дал ключи от квартиры и назвал адрес. Так я стал жить в центре Москвы на Петровке, недалеко от Большого Театра. Его мама, Галина Ивановна, ученый секретарь института координологии, очень хорошо относилась ко мне.

В их доме собиралась золотая молодежь Москвы – известные творческие люди. Мы читали стихи, пели, танцевали, играли в нарды ночи напролет.

Потихоньку я отводил Коропова от игры. Он защитил диплом в МГУ, и сейчас это добropорядочный семьянин, воцерковленный человек и очень хороший психотерапевт.

В моей судьбе значимую роль сыграл еще один замечательный человек – Евгений Иванович Чазов, личный врач Брежнева. Без него я не встал бы на ноги, не поступил в аспирантуру к М. Г. Ярошевскому (**прим. автора** – российский психолог и историк отечественной науки, доктор психологических наук, профессор, почетный академик РАО, главный научный сотрудник Института истории естествознания и техники РАН). Учась в аспирантуре, я работал в секторе проблем психологии научного творчества, защитил кандидатскую в МГУ. Интересен тот факт, что М. Г. Ярошевский – один из ведущих психологов мира, СССР, но при этом – человек со сложным характером, с которым непросто общаться и тяжело работать.

Но он дал мне очень важное – ощущение уровня. Чтобы он ни делал, ни говорил – то были вещи высокой пробы. Планка, к которой всегда стремлюсь.

Последний год в аспирантуре был для меня особенно тяжелым – я видел формулы и определения, а самого предмета, то есть души, не было.

Еще одно начало

– Вы говорили, что начал было несколько...

– Был период, когда меня мучили сильные головные боли. Это было в доме у Коропова. По ночам, когда не мог уснуть, я писал стихи или лепил, – подхватывает Гагик Микаелович. – Помню, как «родилась» первая фигурка. Нашел кусок зеленого пластилина, и слушая «Страсти по Матфею» Баха, слепил скульптурку бабушки, хотя раньше никогда этого не делал. В то время никто не придавал этому значения, в том числе и я.

Позднее, когда жил в гостинице аспирантов, в свободное время начал лепить маленькие фигурки-пятиминутки, которые прикреплял к стене. Именно тогда судьба свела меня еще с одним потрясающим человеком – пожалуй, самым важным человеком в моей жизни, чьими высказываниями, остроумием, умением, трудолюбием, привычками, принципами, я восхищаюсь по сей день – это был Левон Абрамян. Великий художник и истинный гений. Он

жил в той же гостинице этажом выше. Иногда он спускался ко мне, мы подолгу разговаривали, а потом, уходя, вдруг задерживал взгляд на какой-то скульптурке. И это была высшая похвала! Я уничтожал все остальные фигурки, кроме той особенной, а затем делал еще сто штук, и снова ждал его визита – вот так я учился лепить.

Это было еще одним началом.

Мои друзья – мои самые жесткие критики

– Кто чаще всего критикует Ваши работы?

– Лепить я начал благодаря еще моему любимому другу, реставратору высочайшего класса, гению ремесла, который умеет все – даже то, чего раньше никогда не делал – Павле Григорьевичу Белкину. Он, к слову сказать, реставрировал алтарь Успенского собора, многие полотна в Третьяковской галерее и до сих пор является моим главным критиком. Так уж сложилось, что друзья стали самыми жесткими и бескомпромиссными критиками моих работ.

Как-то он подарил мне кость мамонта, и я с помощью только маникюрных приборов сделал чудесный крест, смастерил для него красивую коробку. Вышло так, что я подарил этот крест своей двоюродной сестре, которая пережила страшное потрясение. Сейчас у нее, слава Богу, все хорошо.

Верное решение

– Гагик Микаелович, с чего началась Ваша карьера врача-психиатра?

– Мой папа мечтал, чтобы я стал доктором, всячески настаивал на этом, а я сопротивлялся – мне была интересна философия и психология.

Но так как я очень любил своего отца, то решил найти компромисс – и стать врачом-психиатром. Интересно, что с тех пор мучавшая меня мигрень прошла. Даже если я работал по 48 часов, ее не было.

Вот так решение о выборе профессии стало основанием для того, чтобы головная боль исчезла. Позже от профессора Ольги Казакевич, я узнал, что у северных народов мужчину с задатками шамана искали по головной боли, которая бесследно проходила, как только он становился на этот путь...

После интернатуры я пошел работать в подмосковную психиатрическую больницу. Мне сразу дали отделение и 105 больных, так как я был уже кандидатом наук.

Загадки зеркал

«Одно зеркало важнее целого ряда портретов».

Вольфганг Менцель

– В своей работе Вы большое значение придаете зеркалам. С чем это связано?

– Левон Абрамян, будучи социальным антропологом, много рассказывал о зеркалах, о китайских надписях на них, о вогнутых зеркалах Тибета, о мифах и анализе мифов. Он говорил вещи, абсолютно не похожие на то, что я слышал раньше. Он убеждал, что социальная антропология важнее физики и химии, что политика государств строится благодаря этой науке.

В моей категориальной сетке не было таких понятий. И это очень задевало мое самолюбие. Позже я использовал работы и статьи Левона, связанные с двойником и зеркалом для лечения своих пациентов – психических больных, имеющих проблему с зеркальным отображением или утратившими своего зеркального двойника.

Общаясь с душевнобольными, подробно изучая истории их болезней, я понял, что все они очень разные, но их объединяет – одиночество. В историях было написано: «не контактен», «не доступен». Я понял, что это потерянные люди, как для близких, так и для себя самих, для мира.

Помню одного пациента – бывший хирург, который навечно был обречен лежать в больнице, ему давали полную свободу передвижения по территории, отдельную палату, но он всегда уединялся в узком, маленьком проеме кочегарки, где сворачивался калачиком и засыпал.

Другой пациент все время лежал, укрывшись с головой одеялом.

Они сами себя изолировали, не хотели ни с кем контактировать. И я понял, что, вылечив патологическое одиночество (а одиночество – это нарушения диалога с самим собой, с внешним миром), наладив этот диалог, можно вернуть человеку социальную маску, и он начнет общаться с другими людьми.

Встал вопрос – как это сделать?

У меня родилось предположение, что патологическое одиночество лежит в основе всех болезней, как физических, так и психических. Затем я пришел к выводу, раз человек не может общаться с самим собой, у него нарушено представление о самом себе.

И вот пазл сложился! Теперь уже все разговоры с Леоном Абрамяном нашли понимание, все встало на свои места!

Я опрашивал больных, как они относятся к своему зеркальному отражению, какими они видят себя в зеркале. Потом разработал анкету (опросник), которую дал заполнить нескольким тысячам больных. И всюду прослеживались зеркальные нарушения – искаженное или извращенное представление о себе. У некоторых пациентов зеркальный образ исчезал на годы.

Приходя в мир, человек начинает осваивать его. Для этого он должен отличать себя от других людей, уметь смотреть на себя отстраненно, как на своего двойника. Разрушение этой способности характерно для аутизма.

Представьте, иногда и здоровому человеку не всегда нравится свое отражение в зеркале, бывают такие дни. А больной живет с этим на протяжении многих лет. Происходит своего рода «потеря лица», и человек выпадает из процесса общения, что приводит к замкнутой жизни внутри искаженной картины времени и пространства. Все это может сопровождаться видениями, бредом, галлюцинациями и агрессией.

Пришла идея, что можно реконструировать его образ, помочь выстроить его, тогда человек снова выйдет в социум.

В начале моей практики сложились 10 правил врача-скульптора, которым я следую всю свою врачебную деятельность

Десять правил скульптора-врача

1. Приди к равновесию и только потом взгляни на вещь
2. Иди к цели малыми порциями – не давай волю сердцу. Иначе потом оно заболит, ибо можешь подняться не на ту вершину
3. Не выставляй все до поры рассудку, вооружайся основательно
4. Стремись к закону, а не к подобию. В законе подобие все распределено. Одно подобие – низость и шелуха
5. Смотри на вещь острым взглядом и сравнивай с разных углов в первые часы созидания – не сыщешь концов в клубке запутанном. Закон также ясен в тумане, как и при солнечном дне. Закон не зреет как вещь и вместе с нею – он есть и до начала
6. Сначала пусть идут парные части. Не совращайся мнимой простотой единичного
7. Вынимай изнутри инородное тело как занозу из пальца. Хотя она не видна – но больно. Чувствуй боль при всех удовольствиях, откажись от них
8. К сердцу не допускай двоемыслия – изменяй и меняйся, скрывайся и вновь приходи. А если ослаб умри на время, пока не явится ангел-спаситель и не поставит на новый путь от начала
9. Люби материю там, где увидел ее впервые, останови на нем блуждание закона в своем сердце, породни их, если можешь, а если нет – отвернись и уходи.
10. Без любви в сердце не начинай дела, но люби все что есть, так как до начала ты чернее и презреннее всех. Не рассуждай о том, что не создано человеком

Первые шаги

– В начале своей работы, толком еще ничего не умея, вы не побоялись сразу обратиться к классической скульптуре?

– Да, и лепил в египетском стиле. Это довольно сложно. Немного похоже на римский портрет, но отличается от него тем, что лепится один к одному. Опытные скульптуры говорили, что не нужно достигать портретного сходства, ведь в скульптуре оно всегда шаржевое.

Мне было страшно начать работать с больными – боялся критики.

И тут снова на меня оказал влияние авторитет папы. Тогда родители приехали поддержать мои начинания. Мама сразу нашла себе занятие – стала заведовать лабораторией, зарабатывала больше меня и фактически содержала семью.

А папа, уже пенсионер, скучал, не знал, чем заняться, и время от времени повествовал мне военные рассказы, которые я слышал уже неоднократно.

Как-то вечером, когда он в очередной раз «пристал» ко мне с историями из жизни, я стал его лепить, понимая, что бы я не слепил, он, как отец, критиковать не будет. Мы сидели до утра, он как всегда вспоминал фронтовые годы. Но самое удивительное, я как будто впервые слышал эти истории. После этого наши отношения улучшились, с тех пор мы ни разу ни о чем не поспорили, понимая друг друга с полувзгляда. Папа остался доволен сделанной мною скульптурой, и, всякий раз приходя домой, надевал на нее шляпу.

Это было еще одно начало. Я понял, что Бог поддерживает тебя, когда ты еще ничего не умеешь, чтобы тебе хватило терпения. То было время наиболее блестящих результатов...

Первый портрет я привез своему другу Павлику, реставратору, чтобы он покрасил его. У него гостил брат, известный художник Анатолий Белкин из Питера, который увидев мою работу, сказал: «Это серьезно». Те слова художника укрепили мою уверенность. Я стал лепить.

Весь рабочий день я трудился как обычный психиатр, а вечерами разрабатывал свою методику.

– Как пришло решение открыть свою клинику?

– Этому способствовало несколько событий.

Во-первых, проработав 10 лет в психиатрической больнице, я понял, что наступил предел. Раньше я с нетерпением ждал окончания отпуска, рвался на работу. Теперь же, заходя на территорию больницы, чувствовал, как мне тяжело.

Во-вторых, работая в больнице имени Ганнушкина, я написал статью о своем методе, то, чем занимаюсь, и выступил в центре суицидологии. Там меня очень тепло приняли. Но дальше хорошего приема дело не пошло – никаких предложений не последовало...

В-третьих, встретила в моей жизни еще одна учительница – женщина, которая меня удивила и которую я до конца не мог понять. Это – профессор Рахиль Григорьевна Голодец. Мне казалось, что она что-то скрывает, знает нечто такое, о чем я и не ведаю. Ради нее я бросил все, (а именно зажиточную жизнь в Армении, где я был заведующим отделения, председателем профсоюза, работу в судебной психиатрии), и приехал в Москву, чтобы работать под ее началом простым ординатором.

Два года понимания и доброжелательного общения. Но когда я спрашивал ее о чем-то конкретном, она с улыбкой уходила от ответа. У меня начинался внутренний конфликт.

Как-то я решил сделать ее скульптуру для больничного музея. Получилось здорово, даже несколько известных портретистов высказали свое одобрение. Интересно, что работая над скульптурой, я, наконец, понял – ничего-то она не скрывает... Такая у нее манера поведения.

Окончательным поводом для ухода из ее отделения послужило то, что, когда я принес статью с описанием моего метода Рахиль Григорьевне, чтобы узнать ее мнение, она сослалась на занятость и отказалась прочесть. Это обидело меня – два года теплой, практически семейной обстановки, прекрасного общения были перечеркнуты. Я понял, что дальше мне там делать нечего...

Вот они, звенья моего пути, который подтолкнул меня к открытию первого в Союзе частного медицинского учреждения.

Признание

– С чего же началась Ваша известность?

– Примерно в 1987 году в доме Архитектора мне предложили выступить по методу маскотерапии. Доклад имел бурный успех – я даже не понял, чем он был вызван. И буквально на следующий день ко мне приехали корреспонденты ТАСС и АПН Анатолий Морковкин и Александр Поляков. Они как люди и как художники сыграли огромную роль в моем становлении. Я не искал известности, всегда хотел пойти строго по научному пути, но судьба распорядилась иначе...

Представляете, что такое фотохроника ТАСС или АПН? Это все газеты, все журналы, которые принадлежат этому агентству, напечатали мое выступление на всех языках бывшего Союза и не только.

Немного отступлю, сказав, что это интервью стало сюрпризом для моего отца – он любил каждое утро покупать свежие газеты. Однажды в газетном киоске увидел мою фотографию. Тот же материал был в газете и на грузинском языке, и на азербайджанском. Обескураженный, он скупил все газеты...

В газете «Труд» (с многомиллионным тиражом) вышла еще одна статья – «Портрет болезни лепит врач». На следующий день в платную поликлинику, где я работал, пришло около 4000 больных! (данный факт описан в журнале «Профессионал»). Это было похоже на демонстрацию, люди буквально разнесли регистратуру... Только после обещания принять всех, они успокоились...

Позже я узнал, что многие люди от руки переписывали статью. Меня начали искать через редакции. Так пришла настоящая известность, а вместе с ней и титанический труд. Мы с женой не ходили по гостям, не были в театре. На развлечения просто не было времени – круглые сутки работа. Людмила редкая женщина-друг, человек трудного дня. Если попадаешь в беду она становится все сильнее и сильнее... Именно благодаря ей последние двадцать пять лет моей работы можно считать самыми успешными, результативными.

– Как на Вашу популярность реагировали коллеги?

– Из-за избыточной популярности и огромного количества пациентов мне пришлось поменять не одно место работы.

Самое интересное, что, где бы я ни работал, везде получал взыскания, даже, если главный врач был другом (*смеется*). Хотя работал много и добросовестно. Не раз перевыполнил план по приему больных процентов на 600 % в поликлинике УХЛУ (мой личный рекорд!). И это только зарегистрированных пациентов.

В открытии своего дела помогала моя подруга психолог Ирина Гуренкова, с которой мы вместе работали. А ведь сначала она была из числа тех, кто меня критиковал. Зато впоследствии мы стали хорошими друзьями, единомышленниками, и остаемся ими до сих пор.

Она же стала первым директором медицинского заведения, открытого мной, и взяла на себя организационные вопросы. Очень смелая женщина.

Душа в чистом виде

– Гагик Микаэлович, как Вы работаете с пациентом? Как проходит сеанс?

– В своей работе я использую следующие техники: портрет, автопортрет и бодиарт.

Метод маскотерапии как бы стирает границу между врачом и пациентом, позволяет не только оценить психическое состояние, но и глубже понять страдание, разделить его и вывести пациента из состояния патологического одиночества.

До 1987 года я сам делал портреты своих пациентов, но однажды мужчина привел ко мне сына и принес потрясающую работу – автопортрет. Отец пациента рассказал, что после того, как была сделана работа, у сына произошли улучшения.

Параллельно я вспомнил истории многих художников и те случаи, когда они делали автопортрет. Получалось, что чаще всего это происходило в самую трудную минуту жизни, когда у них наступал кризис или стрессовая ситуация. Это подтолкнуло меня к использованию в работе еще одного метода – автопортрет.

Что касается бодиарта, то в 1983 году в Армении я был на юбилее Жоржа Якулова, где его внук исполнял на каких-то странных предметах футуристическую мелодию. В центре сцены стояла женщина в белом трико. Роль мастера исполнял талантливый художник Р. Элибемян. Он ходил в простом синем халате, набирал в рот краску и выплевывал ее на модель. В конце концов, получился удивительный образ. Он взял деревянные шпильки, разорвал в клочья газеты и сделал из всего этого потрясающее платье для модели. Было очень стильно и красиво.

Реальным поводом внедрить технику бодиарта стали женщины-стажеры, для которых скульптура, требующая физических усилий, была недоступной. Со временем мои сотрудники и ученицы развили технику бодиарт в нескольких направлениях.

– Расскажите об этом подробнее, пожалуйста.

– Есть несколько вариантов. Лепка по живому лицу – это практически то, что мы делаем, умываясь по утрам – как бы лепим свое лицо. Техника возникла случайно, в ходе работы

над портретом пациента. Я долго бился с портретом, но перемен в его состоянии все не было. Так бывает с больными, которые долго принимали нейрорептики. Тогда я стал лепить по живому лицу пациента. Метод нацелен на то, чтобы разрушить устоявшееся представление душевнобольного о себе самом.

Бодиарт-портрет может исполняться в любом жанре живописи, а визуально воспринимается от легкого макияжа до ярких театральных тонов.

Кроме того, есть бодиарт, связанный с архитипом рождения и смерти – рисование по лицу, как по холсту. Например, пейзажи. Это блестяще делает моя сотрудница – Ольга Мачалова. Когда выполняется рисунок по лицу – пациента уже не узнать. После этого пейзаж удаляется, а больной как бы возрождается к жизни. Это еще один вариант бодиарттерапии.

Но мой самый любимый вид – рисование реальных черт внешности на его же лице. Ведь больной как бы не видит свое лицо, нарушено зеркальное восприятие самого себя... Это архитип человека и его зеркального двойника.

Этот метод еще не доведен до совершенствования, но я уверен, что будущее именно за ним. Он быстрый и эффективный, легко присоединяется к любой технике психотерапии.

– Сколько может длиться один сеанс?

– По-разному. Самый короткий и очень продуктивный – несколько секунд. Пациент был напряжен, и я тоже. Сели, я лишь коснулся портрета, и мы расстались. Он уехал, я тоже отправился домой, так как не смог работать больше в тот день. Зато уже на следующее утро наблюдалась положительная динамика в состоянии больного.

Самый длинный сеанс – 60 часов без остановки, на одних криках и плаче. Весь материал этих трех ночей был заснят. Все присутствующие уснули. А у меня ни тени усталости, да и у пациентки свежее лицо. Мы с ней ни разу не зевнули за все время.

Выдержал и оператор, очень преданный делу человек, на тот момент он тоже был болен – считал, что мы с ним двойники, что это он лечит. Благодарен ему за наш бесценный архив.

Сеанс, который длится 24 часа или 48 часов, – это дело обычное.

– Как влияет процесс лепки портрета на состояние пациента? Что происходит?

– Изменения в процессе работы касаются не только духовной области человека, а всего организма в целом. Обычно в процессе лепки портрета, меняется лицо больного. Например, на полсантиметра может опуститься ухо. У одной из пациенток было сильное оволосение ног. По завершению работы над портретом проблема разрешилась сама по себе.

– С какими заболеваниями к вам обращаются?

– Аутизм, шизофрения, эпилепсия, наркозависимость, алкоголизм и многие другие, – практически все болезни, которые есть в психиатрии.

– С чего начинается работа с больным и как вы понимаете, что она закончена?

– Работа над портретом проводится в зале-мастерской. Две стены во всю длину увешаны зеркалами без рам. Многочисленные отражения создают иллюзию открытого пространства. Непременный атрибут мастерской – мольберт с установленным на нем скульптурным портретом.

Когда я делаю портрет пациента, сам фактор завершения этого портрета и означает его выздоровление. Возникает тесная взаимосвязь между врачом и пациентом. Речь идет о максимальной отдаче врачом своих знаний и умений. Портрет не может быть завершен, если болезнь не отступила...

В портрете ты сделал все, что мог, как человек и как врач, используя все свои творческие способности, знания. В процессе работы я тысячу раз советуюсь с коллегами. Здесь отсутствует честолюбие – мне важно, чтобы человек выздоровел. Все!

Я понял, в основной медицине ждут улучшений. В психиатрии – этого недостаточно. Нельзя быть наполовину здоровым, даже на 90%. Все, или ничего! Других вариантов нет.

Если ты хоть что-то не проработаешь, это рано или поздно опять приведет пациента в стационар. Поэтому моя цель – полное выздоровление. Кстати, когда я по наивности в статкарте писал «выздоровел», мое заключение вычеркивали. В официальной медицине не принято было так писать.

Отличный результат

– Ваша работа требует большой отдачи, как происходит психологическая разгрузка?

– В момент выздоровления у больного происходит большой эмоциональный выброс. Это называется катарсис. Когда мы заканчиваем портрет, бывший пациент уже остается без своего врача. Он понимает, что ему нужно вернуться в жизнь, а она иногда бывает банальной, местами – тяжелой. Происходит некий протест, мощный выплеск этой болезни.

Было бы очень хорошо испытать то же самое, что переживает больной. Но я врач, поэтому к чувству удовлетворенности сделанным, примешивается забота о подопечном, о его дальнейшей жизни. Происходит задержка эмоционального выплеска. Разрядка может наступить даже через год или два, когда я получу известия, что у человека все складывается благополучно. К примеру, новость о том, что пациентка стала солисткой Берлинской оперы. Или же ночной звонок от другого успешного пациента разбудил всю семью, стали стол накрывать – это уже общая радость. Вот тогда у меня и наступает психологическая разрядка.

– Гагик Микаэлович, какой случай из Вашей врачебной практики запомнился больше всего?

– Помню, как я впервые начал лечить без лекарств: с 1986 года вплоть до 1992 принципиально их не назначал. В Швейцарии, после встречи с М. Блейлером (одним из классиков мировой психиатрии) мое мнение несколько изменилось. Я задумался, по какому праву лишаю лекарств пациентов? Позже я решил частично вернуться к применению фармакологии. Так, помимо возникновения совершенно новых техник психотерапии, формировался новый способ применения лекарств. При этом, я практически не назначаю психотропных препаратов.

Еще один случай – женщина решила свести счеты с жизнью (ее брат и отец покончили с собой). Размышляя, как ей это сделать, она увидела газету, которую кто-то оставил в парке на скамье. Ее заинтересовала фотохроника, посвященная маскотерапии – так она попала ко мне. Сейчас она здорова – успешный риелтор.

– В чем уникальность Вашего метода?

– Впервые в истории психотерапии вместо двухкомпонентной, появилась трехкомпонентная структура работы: врач – пациент – портрет. Это создало множество преимуществ, и позволило достичь равного партнерства в отношениях врач – пациент. Иногда даже больные дают советы мне – «Вы много курите», «Плохо дышите», обучали меня правильному дыханию.

Еще одно привнесение – визуально-вербальный контакт с пациентом. Вся психотерапия построена на вербальном взаимодействии врача и пациента.

У меня был случай, когда пациент молчал 4 года. Мой метод позволил работать с ним. Когда я закончил его портрет, он выздоровел – заговорил. Сейчас этот человек заведует лабораторией.

Помимо этого в процессе работы была достигнута высшая планка гуманности. Это означает, что врач как художник любит больного больше себя.

В медицине немало гуманных идей, но вместе с тем, кто хоть раз пожалел душевнобольных? Ведь, это самый нелюбимый тип людей.

Здравый смысл обычного человека «выталкивает» их. Если на улице видят больного человека, стараются скорее пройти мимо. И только потому, что вы не знаете, что делать.

Я нашел выход, портрет, отношения художника и модели – это и есть высшая планка.

Для кого делают профессиональную скульптуру? Для великих и известных людей, для самых достойных. Я делаю тоже самое для самых «недостойных», по общему мнению.

Кому в голову придет делать скульптурный портрет душевнобольного человека? Ни для картинной галереи, а ради него самого. На мой взгляд, это высшая грань гуманизма по отношению к человеку вообще.

Обычно у психоаналитика пациенты лежат на кушетке, а я посадил больного на место модели, тем самым, делая нас партнерами.

Однажды ко мне привели очень агрессивного больного, его держали за обе руки, чтобы он не вырвался. Он орал на меня, ругался, а меж тем с ним нужно работать. Передо мной сто-

яла болванка из глины для будущей скульптуры, и от безысходности я стал лепить. Больной удивился и притих. Дело закончилось тем, что он сидел рядом, пил кофе, и рассказывал о себе.

Кроме того, в отличие от других психотерапевтов, в работе с пациентом я не смотрю на часы. Какой художник смотрит на часы? Невозможно запланировать время сеанса.

– Какие, на Ваш взгляд, направления в современной психологии наиболее перспективные, значимые?

– Арт-терапия – наиболее значимое направление. Почему бы не использовать этику и эстетику для лечения? Нельзя лечить душу одной наукой. Думаю, что и религиозный опыт многое дает – есть древние традиции лечения души.

Мне приходилось общаться с лекарями-самородками. Из личного опыта могу сказать, что 50% из них авантюристы, 25% – больные люди, а вот оставшиеся 25% – очень интересные целители. Абсолютно неграмотные в медицине, но при этом они чего-то достигали – ставили людей на ноги, сами толком не понимая как. Беда этих людей в том, что они никогда не пройдут медицинской школы, и никогда не научатся диагностике, что очень важно. Но при этом уважаю одаренных людей.

Ведь сам-то я тоже занимаюсь не совсем классической психиатрией, хотя базовые знания по медицине у меня есть.

– Известный науковед Д.С. Данин в одной из своих статей назвал Вас квази-кентавром. Гагик Микаэлович, о чем идет речь?

– Имеется в виду, что свой метод маскотерапии я создавал в условиях неопределенности и риска, на стыке науки и искусства. Кентавристика – наука о сочетаемости традиционно не сочетаемых областей знания, изучающая явление двойного профессионализма. Например, дипломированный врач, и в то же время художник, свободно пользующийся приемами изобразительного искусства. Исследователь в этой области, Д.С. Данин в своих работах выделяет «двойное подданство» в искусстве или науке. Таких людей он называет квази-кентаврами. В моем случае речь идет об истинном слиянии науки и искусства.

Все гениальное просто!

– Как к Вам относятся другие скульпторы?

– В основном, тепло, особенно видя, как скульптура лечит, спасает чью-то жизнь. Пренебрежение к славе дало возможность создать новый жанр в искусстве – искусство для одного человека. Обычно скульптура делается для выставления на показ. Наши портреты, при всей тщательности исполнения рассчитаны только на одноразовую презентацию к концу работы, они не претендуют на вечность...

Когда я сажаю больного у мольберта, получается, что это первое место человека, потерявшего себя в жизни.

– Я слышала, что вы используете очень необычные инструменты в работе. Расскажите об этом, пожалуйста.

– Специально лепке я не обучался. Однако прочитал много искусствоведческих книг, в которых мало что почерпнул по технике, материалам и инструментах. Поэтому начав работать, я понятия не имел о существовании стеков.

У меня проходили курс лечения многие врачи разных специальностей, которые приносили мне свои инструменты – я искал то, чем мне будет удобно работать. В конце концов, остановился на стоматологическом инструменте, которым пользуюсь по сей день и могу выполнять им целые статуи.

Когда мои друзья скульпторы видят, чем я работаю, поражаются. Хотя ученикам я покупаю дорогие итальянские стеки, они тоже предпочитают работать моим любимым инструментом.

– Говорят, что вы подарили современным скульпторам необычное открытие.

– Да, была и такая история. Но это открытие сделали мои подопечные. Дело в том, что у скульпторов есть огромные чугунные столы, на которых они двигают свою скульптуру во время работы – это очень неудобно, но их используют уже на протяжении многих сотен лет.

Однажды пациенты подсказали мне, что в работе можно использовать маленький, тоненький круг «Грация». Как выяснилось, он – невероятно удобен.

Ко мне пришел лечить брата один известный скульптор – увидел это гениальное приспособление, и тоже стал им пользоваться. Рассказал об этом всем своим друзьям.

Самое интересное, что на такой круг можно ставить гигантские скульптуры, и при этом он легко крутится. Очень удобно. Сейчас, наверное, нет такого скульптора, у которого нет «Грации». Все гениальное просто.

С уверенностью в будущее

– Гагик Микаэлович, каков Ваш жизненный принцип?

– Помогать другим – это смысл моей жизни. И еще. Я никогда не сравниваю себя с другими. Считаю, что сравнивать можно только себя в прошлом с собой в настоящем.

– Расскажите о планах на будущее.

– Я сейчас работаю над наукой о зеркале, назвал ее – миррология. Собираюсь об этом написать. Считаю, что отражение человека в зеркале – это душа в чистом виде.

Еще начал собирать материал и хочу написать книгу о сложных отношениях Камилы Клодель и Огюста Родена. Это известная история, но у меня свой взгляд на нее. Я располагаю инструментом для того, чтобы объяснить их разрыв, ее исцеление после завершения автопортрета (ведь она лечилась в психиатрической больнице)...

Хочу раскрыть эту историю совершенно по-новому, это будет культурологическая работа, мне помогают в этом профессиональные консультанты.

– Спасибо за интересное интервью. Искренне желаю Вам вдохновения и творческой реализации.

Кому многое дано, с того и спрос больше. Но Гагик Микаэлович не боится ответственности, уверенно смотрит в будущее – просто делает свое дело с огромным вдохновением, искренней заинтересованностью.

Может, секрет его успешности и эффективного лечения в том, что в каждого своего пациента он вкладывает душу, в том, что больного он любит больше, чем себя?..

Интервью провела Елена ГЛЕБОВА

ОДИН ДЕНЬ ИЗ ЖИЗНИ КАПИТАНА К****В. О. Субботин, В. В. Сойко**Посвящается профессору А. А. Коробову*

Капитан проснулся рано утром по внутреннему времени у себя в каюте с тяжелым чувством. Это чувство, которое смутно давало о себе знать уже много дней, но никак не поддавалось объяснению и выявлению порождающей его причины, во время пробуждения вдруг вырисовалось неотвратимо ясно и оттого почти невыносимо, получив мысленное выражение: все стало понятно в мгновение ока. «Боже мой», – ужаснулся капитан, пытаясь погрузить лицо в ладони рук и этим отстраниться от словно молния пронзившего его откровения. – «Боже мой...»

Он посмотрел на такую привычную обстановку помещения, которое было его пристанищем вот уже с десятков лет: все те же часы на стене, тот же шкаф, дисплей, устройства связи, двери... Изю дня в день капитан проделывал одно и то же: просыпался, шел в ванную, брился, умывался, одевался, затем на командный мостик, обновление задачи, корректировка курса... Бесконечно повторяющиеся процедуры и движения, похожие друг на друга, как близнецы. Приемы пищи, уборка, тренажеры, доклады, приказы, приветствия и прощания, вечерняя партия в пинг-понг, шахматы или карты, кружка пива или стакан виски... «И так без конца и края», – голова капитана висела низко и беспомощно в то время, как он неподвижно сидел на кровати, и, казалось, никакая сила не в состоянии вывести его из этого уныния.

«Я всю жизнь делал то, что делать не хотел». Чувство все больше заострялось, как раскаленный добела наконечник копья под ударами тяжелого кузнечного молота новых, более тяжелых и глубоких мыслей, и все глубже погружалось в плоть прочих ощущений капитана, причиняя все нарастающую боль. «Неужели понадобилось столько лет, чтобы понять это?»

Мелодично прозвучал сигнал, означающий вызов с мостика, и следом включился дисплей, отобразив запрос на видеосвязь. Приятный женский голос через аудиосистему подтвердил ожидание связи с пультом управления.

Капитан с трудом встал и направился к дисплею.

На сегодня была намечена высадка на планету, где планировалось пополнить запасы топлива. Но капитана больше радовал слух о том, что неподалеку от места приземления находится город, где живет якобы великая провидица, к которой не брезговали заходить люди, которых он хорошо знал и ценил, и все они возвратились ободренные и воодушевленные. Этим совпадением обстоятельств нужно было пользоваться.

Потому, отдав распоряжения после спуска, он сразу же отправился на поиски с картой и через какое-то время нашел ее. Дверь была открыта, и капитан вошел.

– Вы не понимаете самых элементарных вещей. Вы никогда не знаете, чего хотите на самом деле, – сказал тихо женский голос. – Суeta суeta и томление духа, что творилось, то и будет твориться, нет ничего нового под солнцем.

Капитан содрогнулся от того, насколько точно сказанное совпадало с его мыслями.

– Это слова из ваших священных книг, между прочим. Хотя речь не о них. Вы никогда не задумываетесь над тем, что находится у вас под самым носом и ищите повсюду, – продолжил голос. – Но это все – только лишь бегство от самих себя. Вы лично в этом вроде и не виноваты, но если будете продолжать в том же духе, что и раньше, вы станете частью этой вины, и станете виновными во всем происходящем. С вами же. Хотя вы можете прекратить заблуждаться. Для себя.

– Что для этого требуется? – с дрожью в голосе спросил капитан.

– Требуется? – говорящая улыбнулась. – Хотя вы правы, именно требуется. Потому что обрести искренне желаемое – это ваша жизненная необходимость, и вы не найдете себе места, пока не достигните его, в любом случае. Я скажу вам, чего вы хотите, но помните, что между моими словами и их воплощением в жизнь находится пропасть. Вы хотите жить и не умирать, чтобы жизнь приносила вам исключительно непрекращающееся наслаждение, а вы при этом находились в покое. Не так ли?

– «Это бесспорно», – согласился капитан. – Так же, как и наличие непреодолимой пропасти.

– Не все так плохо, – женщина снова улыбнулась. – Обратите внимание на то, что вы уже

знаете и имеете, что всегда с вами. На свое устройство. Ваша наука умеет очень многое, но дает ли она ответы на вопросы, почему именно так? Почему существуют энергетические поля, какими законами они устроены, откуда взялись эти законы, почему поля превращаются в материю и обратно? Почему воздух, вода именно такие, какими вы их привыкли ощущать? Каков их источник, каковы законы и причины их образования? Возьмите более сложные вещи. Свой организм. Как образовался ваш орган зрения или слуха? Руки, ноги, системы органов, клетки?

Наука оперирует тем, что уже дано, что уже существует. И все новое, что она получает, не имеет на самом деле абсолютно никакой новизны. Это просто комбинации уже имеющегося, данного. И сила науки в том, что она позволяет видеть законы, по которым устроено данное. Животные не способны видеть законы. Есть люди, которые ничего не знают о планетах и звездах, подобно животным, продолжая думать о заходах и восходах солнца, не понимая, что планета вращается.

Однако являются ли они более или менее живыми, чем вы, люди науки? Нет, не являются. Потому что любое живое существо живет ощущениями, переживаниями своего бытия. Животное не имеет потребности в познании законов, оно довольствуется своими ощущениями. И смерть не пугает животное. У животного нет сознания.

Иное дело люди. Для человека мысль о потере памяти – самая страшная мысль, от которой он пытается убежать. Потому что потеря памяти вплоть до потери ощущений, самосознания и знания о себе самом – это и есть смерть человека. И наличие этого сознания – это закономерный этап развития человека. Спрашивать о том, почему появилось сознание с его сомнениями, равносильно вопросу о том, почему именно так устроены вещи, как они устроены в природе: от неживой материи до организма людей. Причиной появления сознания является желание жить без боли, без потерь, без смерти. Сознание – это разность потенциалов между незнанием и знанием.

Человек, будучи наделен сознанием, в отличие от животного, перестает довольствоваться переживанием имеющегося. Да, с одной стороны хорошо жить, когда чувство ведет тебя, оседлав, как коня, сделав тебя самого рабом или животным. У тебя нет вопросов, нет сомнений. С этим чувством влюбленные способны пожертвовать жизнью ради друг друга. Но это имеет и другую сторону: в гневе и ярости человек способен ни капли не сомневаясь посеять вокруг боль, разрушение и смерть. Так поступают все воины, которых захватывает в свой плен дух войны.

Однако в этой вселенной все имеет начало и конец. Таковы законы времени. Когда чувства, ослабевая с течением времени, отпускают человека из плена, тогда приходит ощущение пустоты, повторения и безысходности. Но человек, вместо того, чтобы осознать и оседлать эти чувства, вместо того, чтобы принять, что таковы законы, по которым он устроен, владеть и наслаждаться этим, зачастую творит из них кумиров и идолов, всеми силами пытаясь вновь и вновь ввергнуть себя во власть того или иного архонта, главенствующего этими ощущениями. И желание это вполне объяснимо, ибо именно в эти моменты человек ощущает себя живым и счастливым, забывая обо всем тревожащем его, что связано со страданиями и смертью.

– Как же не попасть в этот плен и быть счастливым? – тихо спросил капитан, неподвижно смотря куда-то сквозь стены.

– Это величайшая тайна вечного рождения, – также тихо и с благоговением сказала женщина, – когда ты ощущаешь в себе не только свою подчиненную сущность, но и царя всех этих правителей чувств и исполнителей вечных законов мироздания, становясь во главе их. В этом вся суть, ради этого мы терпим все лишения и нужды, все сомнения и страхи. Это то, чего лишены животные, и что есть только у человека. Все, что владеет тобой – не будет твоим; все, чем владеешь ты – с тобой навсегда. И в этом – непрекращающееся счастье, благополучие, наслаждение и покой человека. Но на этом мои слова оканчиваются, ибо я бессильна говорить о том, что не нуждается в словах. Скрытое в вас должно быть открыто вами, и никто не в силах сделать этого за вас.

Как человек науки, через науку, ее достижения и бессилие, вы видите устройство и причину самого себя, выходя за пределы науки и своего человеческого существа. Это начало пути для вас.

Она замолчала, показывая, что разговор окончен. Капитан понял это и вышел. К тому же больше вопросов у него не было.

И тут капитан проснулся во второй раз, теперь по-настоящему. –«Да, начитался я Бред-бери и Ошо, – подумал он. –«И все-таки, что-то в этом есть», вновь подумал капитан и вспомнил недавно прочитанные строки: отношения типа “Ударь-И-Убег” становятся более и более распространенными в таком лишенном корней обществе, как западное, которое менее приковано к традиционным семейным структурам и в котором более приемлем случайный и легкомысленный секс. Но в то же время возникает подспудное ощущение, что чего-то не хватает. И это что-то – качество близости. Это качество имеет мало общего с физическим, хотя секс, несомненно, – одна из возможных дверей. Но для близости важнее готовность показывать наши глубочайшие чувства и уязвимые места в доверии к тому, что другой человек будет обращаться с ними бережно...

Капитан сел за стол, быстро что-то съел, затем вспомнил, что забыл побриться и наскоро напенив лицо, сбрил щетину. Затем вышел во двор, сел за руль своей машины и поехал на работу, в больницу.

НИКОМУ НЕ НУЖНЫЕ МУЗЫКАЛЬНЫЕ РЕЦЕНЗИИ (несколько фрагментов неизданной книги)

Олег Чабан

Вместо предисловия – объяснение

Когда меня спрашивают что я сейчас пишу, над чем работаю, а спрашивают об этом в первую очередь представители фармацевтических компаний, с тонким намеком на сотрудничество и именно с их самым замечательным препаратом, я искренне отвечаю, что пишу в последнее время о музыке. Такие себе непутевые заметки. От этой информации их пыл как-то быстро тает и уже заготовленная формула об финансировании очередного издания на тему психофармакотерапия чего-то такого, сводится на нет. Им это не интересно. Жаль, я бы с удовольствием принял спонсорскую помощь в издании, например, вот этих Никому Ненужных музыкальных рецензий. Почему? Да потому, что искренне считаю что все равно, как ты добьешься улучшения жизни своего пациента, своего знакомого, себя в конце концов. Может вот альтернативным прочтением, а затем и прослушиванием того, о чем пишу.

Я, например, считаю, что помочь достичь удовольствия в жизни пациенту может только врач, который сам достигает удовольствия в жизни. И хотя бы что-то для этого делает. Все остальное – дело случайностей. Вот и логично, что те же фармфирмы должны вкладываться в качество жизни врача в первую очередь. Например, финансировать вот такие совершенно не медикаментозные, но уж точно психотерапевтические работы☺

Ладно, к делу.

Никому не нужные музыкальные рецензии. Непутевые заметки на тему музыки. Можно и так их назвать. Можно назвать музыкальными рецензиями дилетанта. Или вернее – человека, который совершенно не разбирается в музыке и не понимает ни одного музыкального термина. А инструментом тем более не владеет (контрабас в углу его комнаты – это отдельная история). Боже, да как угодно можно все это назвать и все, кто будет обзывать все это, всегда будут правы. И вообще, о чем можно говорить с человеком, который не знает ни одной ноты и с ужасом бросается прочь от словосочетания "контрапунктическая композиция"... Ну о чем можно с ним говорить?!

По видимому о... музыке. ☺ Ведь будет прав этот самый человек, то есть я – человек, который просто слушает. Слушает, что то при этом думает, грызет ручку или чешет затылок, может в это же время что-то лопать или быть необычайно строг в концертном зале, крутить головой или замороженно замолкать, чувствовать и фантазировать, засыпать под эту самую музыку или наоборот долго уснуть после нее не может...

Да ладно. Хватит! Назову все это так: «Как правильно слушать то, что сейчас звучит, чтобы почувствовать то, что чувствую сейчас я, когда это самое звучит». А что, закрутил интересно. ☺ Вот, наконец-то назвал. Теперь, как гласит турецкая пословица: "Главное дать происходящему имя, а затем – хоть ковры из мечети выноси". Ну хорошо, давайте уж к коврам. Вернее – к музыке.

И последние, я публикую с любезного разрешения профессора Вербенко Виктории Анатольевны эти рецензии как бы в пробном варианте. Я их написал около двухсот. Если подобное творчество вызовет интерес у читателя, подумаю о продолжении этого труда. Который в принципе писался для себя и только для себя.

И еще одно замечание – я не выбирал свои же рецензии. Решил не «блистать» в избранности. Публикую первых двенадцать (почти по Блоку). Вот и судите сами. Остальные двести такие же ☺

#1

Steve Reich Phases A nonesuch retrospective. Nonesuch, 7559-79952-2, disc two: Differnt Trains (1988)



Это второй диск из бокса основателя минимализма. Минимализма – направления неоклассики. Абсолютно другого из этой когорты, когда говорим о великих минималистах.

Так вот Стива Рейча надо слушать... лежа. Желательно на грани засыпания. Слушать Рейча надо одному, что б не отвлекаться на пиво, картошку с скумбрией и разговор о новом ремешке от Луи Витон. Вообще перед тем как слушать Рейча выгоните всех из комнаты. Сможете – из дома. Будьте по возможности раздражительны и измочалены прошедшим днем. Погоду закажите промозглую и сырую, лучше осенью. Не наедайтесь – не дослушаете. Легкий голод, ворчание и недовольство зарплатой и начальством. Готово.

Вот теперь пейзажи города в его урбанистических символах плотно запаркованных автомобилей, серых лент улиц, решеток

всюду всюду всюду, мелькании огней и неона, где нет людей, есть единый город. Вечерне – ночной. Так вот тогда он, этот город, всплывет из ритмических звуков скрипок и сопрано, в ритме из-за пробитой проводки мелькания неоновой рекламы какого то магазинчика... Монотонность сливающаяся в моногамность монополиса моностраны монопланеты. Удивительное чувство. Рейчу это удастся даже в полифонии вокала, который сливается в минимализм урбанистической классики прямых углов зданий и пересечений улиц, где дирижером служат светофоры... Удивительный композитор. Живой и богатый и классик. Уже это достойно того, чтобы оглянуться на это имя, с вопросом: а как это у вас американцев так получается?

Слушайте его в тишине на грани сна. Скорее всего вы уснете. Но мозгами, уверен, дослушаете. Так вот весь кайф в послевкусии его музыки. А оно такое, как будто вы бродили по ночному городу... И только что вошли домой с шлейфом сырости и тумана, шуршания шин авто и еще чего-то такого, что присуще всем городам мира... Этакого чувства муравейника... Умного и глупого, восторженного и низкого.. Сейчас засыпающего. Вашего города. Ритм заводит, но ритм и расслабляет. Удивительный Рейч.. Удивительный. Не напрасно он нашел свой стиль не просто как минималист, а минималист от ритма... барабанов. Африки. Отсюда стройность его произведений, где скрипки или виолончель держат завораживающий ритм, вокруг которого происходит действие вокала или медной группы.



Его произведения не воспринимаются с первой минуты. К ним надо привыкнуть. Втянуться в его ритм, чтобы наконец влиться в этот город Рейча, и вдруг понять, что это твой город, городок, улица, окно поезда, твоя комната, твой диван, твой стакан виски, это твое пространство. Рейч мастер вызывать ассоциации даже в простых повторениях. Послушайте обязательно. Я уснул на двадцатой минуте... Устал наверное. А может старость... Неее, я не хочу быть старым... Значит музыка навесела...

Итак, живой классик, создатель стиля минимализм – Стив Рейч.

#2

Gavin Bryars – Jesus Blood Never Failed Me Jet, with Tom Waits, Label: Point Music, 1993, 438823-2



Я купил этот диск в Париже в маленьком магазинчике возле place Saint-Michel. Купил, потому что посоветовал товарищ, хороший знаток современной музыки. С комментарием: “Возьми этот диск, даже ради прикола”. Прикол – это покрутить и удивить друзей, которые придут попить виски и послушать эта-кое что-то да необычное. Он при этом рассмеялся. Смысл его смеха я понял, когда уже дома руки дошли до диска Ричарда Гевина Брайрза в исполнении Тома Вейтса. Прикол был в том, что композиция состояла из более 74 минут достаточно однотонной музыки и единственной фразы, которую Вейтс постоянно и непрерывно повторял: Кровь Христа не подведет тебя... Вот и весь сюжет. Вот и вся песня... Посмеялся... Развеселил друзей... А через некоторое время что-то потянуло к этому диску...

Еще раз послушал эту монотонность скрипок и странный голос Вейтса в странной песне из одной фразы... Еще раз... Сам... Уже без смеха... Еще и еще... Затем “присадил” на этот диск своего сына... Потом некоторых друзей. И сейчас, когда пишу эти строки, опять звучит странный монолог о Христе и его крови, которая тебя не подведет, и этот странный монолог на фоне дивных скрипичных волн... И теперь я понимаю, что слушаю удивительную вещь. Гениальную в своей простоте и глубине...

Представьте, что пустыней идет старик и напевает простые и искренние Слова... Он идет к вам навстречу, где -то издали... Его еще не видно, а отдельные слова уже слышно... Ближе-ближе. Вот и он, его простенькая песня. Теперь мелодия постоянно рядом с тобой, как и этот простой человеческий голос. Старик улыбается... Детской безоружной улыбкой... Он тихо и без бравады счастлив. Неспеша идет и негромко, про себя напевает... Мелодия нехитрая, слова подхватываются мгновенно, как и желание просто идти рядом. Ничего не расспрашивая и фанатично не восхищаясь истинно верующему. У меня даже фантазии не было о вере в этой песне пустыни. Идет человек. Простой и не хитрый, добрый и готовый поделиться... Проживший и повидавший. Тихо напевает. И хочется быть рядом. Даже молча... Но поверьте, вы не сможете молчать. Где-то за очередными дюнами вы тихонько под-



хватите: Jesus Blood Never Failed Me Yet. Удивительный альбом. Удивительный композитор. Удивительный исполнитель.

Его сложно отнести к какой-либо категории. Никуда не влазит. Слишком большой в своей простоте и созвучности. Молитва? Минимализм? Неоклассика? Историзм? Автентизм? Неоджаз? Лоундж? Ведь и сам композитор является одновременно прекрасным контрабасистом и джазистом и тут же пишущий серьезную классику. Кто-то считает его единственным продолжателем Дэвида Кейджа... Да какое это имеет значение, куда отнести то, что он создал... Ведь того же Вейтса с его экспериментами в музыке до сих пор не могу классифицировать... А он хрипит под одни барабаны на подмостках Стокгольма, Берлина, Брюсселя... Собирая тысячные аудитории.

В конце композиции присоединяются голоса реальных бродяг, алкоголиков, записанных в подzemке промышленных районов Лондона и которые, в силу этого, являются такими же авторами этой песни. Записали, когда собирали материал для фильма о тех же бродягах. Вот из этого отхода материала фильма спустя несколько лет и было создано необычное произведение... И как идея и как реальное наполнение...

Ну вот... Слушайте диск, сидя и мурлыча несложный мотив. Даже если вы не настроены мурлыкать, мурлыкать и отбивать ритм – все равно подхватите...:) Думайте о чем угодно. Хоть о всех гадостях в вашей жизни вместе взятых... Все равно через десяток минут в вашей душе будет покой и блаженство... Ибо Jesus Blood Never Failed Me Yet.



#3

Eddy Louiss, Michel Petrucciani – Conférence de presse vol 1, 2, Label: Disques Dreyfus, 1995



Два гения в одном зале. Этот диск не даст вам усидеть спокойно. Вы будете вертеться, наклоняться, поворачиваться, сопеть, кряхтеть, отбивать ритм правой ногой, если вы правша. Короче. Два гения джаза в одном зальчике Petit Journal Montparnasse Парижа. В джазовой атмосфере пропитанных джазом барных стоек, а заодно людей которые точно также как вы сейчас крутятся, прихлопывают и балдеют. Два гения любят друг друга. Но не гомосексуальной любовью, а посредством музыки и свинга. Ну не знаю. Лучшего исполнения знаменитой Summertime или Caravan, пере-переисполненной почти всеми джазистами мира, я еще не слышал. И дело даже не в том, что звучит удивительная импровизация и болезненно гибкие и перерастянутые длиннющие пальцы Мишеля Петруччани берут такие сочетания в акорде, что в голову не помещается, как это можно делать.

Неее. Все дело в любви этих уже старых пердунов. Они так легко вплетают и передают друг другу тему, что кажется, что это один исполнитель легким поворотом туловища от пианино до органа Хамонд сам продолжает свою любовь в звуках. Фантастических два диска. Если вы не слушаете джаз в принципе и считаете его полным дерьмом по сравнению с Леди Гагой, я вам советую – начните чистить свои засранные мозги именно с этого дуэта. Вы влюбитесь в джаз. В его лучшие формы. Уродливый карлик Петруччани, на которого без жалости смотреть не возможно, и который собирал вначале залы именно по принципу “ты смотри он еще и играет” уже давно доказал – играет и играет гениально, а еще удивительно чувствует соего партнера по любви по имени “Джаз”



#4

Keith Jarrett – The Köln Concert, Label: ECM, 1975



Так и хочу скомандовать: слушайте этот диск стоя! Как дань уважения к великому джазовому пианисту Кису Джерретту и... стечению обстоятельств в судьбе.

Это надо же было быть только сумасшедшим Джерреттом, чтобы на вершине своей гипоманиакальности в плановых концертах Швейцарии найти дырку в выступлениях на щенячий зов, никому не известной восемнадцатилетней девицы из Кельна Веры Брандес (Vera Brandes), пообещавшей уже тогда великому мастеру возможность сыграть на знаменитом рояле Кельнской оперы (Köln Opera House). Практически единственным условием концерта для Брандес было исполнение сольного концерта на знаменитом Импреаторском Бюсендорф 290 концертном рояле (Bösendorfer 290). Одержимой

идеей сольного концерта на самом Бюсендорф рояле, Джерретт среди ночи мчит из Цюриха в Кельн. Невыспанный и измученный острой болью в спине, непрерывными концертами, на которых он, как всегда напряженно, на полусогнутых ногах, стоя возле своего фортепиано, в экстазе музыки, что-то бормочет, всхлипывает и тихонько выкрикивает... Он болен. Он смертельно устал... Но он едет... И... оказывается заложником ситуации.

До выступления несколько часов. Выступление на открытом воздухе, а жлобы великой и знаменитой оперы ("как это вот так запросто дать какому-то джазисту великолепный и единственный в своем роде императорский Бюсендорф, да еще на улицу?!") впаривают на концертную площадку этакое раздолбанное тренировочное, так называемое малое кабинетное пианино. Как бы вам объяснить эту ситуацию? Ну это все равно как если вы бы готовились, предвкушали, что-то там такое выискивали в интернете, долго обсуждали с друзьями и наконец пришли на тест драйв последней модели Land Rover, а вам выкатывают, пряча глаза в пол, старенький запорожец, который к тому же... не заводится... А в ситуации Джерретта «не заводились»... звуки. Пианино было просто полностью расстроено и даже при скоростной и авральной настройке не издавало и половины того, к чему привык великий пианист. Билеты проданы. Народ собирается. Сократили выступление в опере. Надо играть. Представьте сцену: нервный и злой Джерретт, возле него ревущая девица Вера с выражением и поведением типа: "Я бооольше не бууудууу", офигевающие техники ECM устанавливают уникальные пару конденсаторных микрофонов Neumann U-67 с ламповым питанием, и с удивлением косятся на пианино: "Это он на этом будет играть, а мы все это еще и записывать? Это что шутка?", зрители быстро наполняющие площадку перед сценой...

Да, он мог отказаться. И никто бы его не осудил. Не того уровня мастер, чтоб его судили за элементарную безалаберность организаторов... Да, он мог не играть. Но... Джерретт садится к пианино. Он один. Он в тишине и он начинает играть... Он стал просто импровизировать (без подготовки!!! вопреки всему тому, что минутой назад ощущал и чувствовал!).

Его Музыка – как поток мыслей и ощущений. Джазовая импровизация, звучащая скорее как классика. Три части, общей длительностью более часа. На одном дыхании. Божественном дыхании!

Боже! Как он играл! Играл, да так, что во рту пересыхает от восхищения и понимания сопричастности к великому, когда слушаешь Эту Музыку. Играл так, что то, что рождалось под его пальцами и слава Богу так записывалось на портативный (!!!) магнитофон Telefunken M-5, на сегодняшний день стало образцом музыки и просто безоговорично признано гениальным. Присутствующий на концерте глава звукозаписывающей компании ECM Манфред Эйхер (Manfred Eicher) просто офанарел и только выдавил из себя: "Толь-



ко Джерретт мог из это долбанного пианино извлечь эти звуки и эту мелодию и наверное только потому, что хотя ему втюрили это дряное пианино, он думал о любви...". Да, потом, спустя много лет, к сорокалетнему юбилею самой известной звукозаписывающей компании джаза ЕСМ, в книге воспоминаний самых выдающихся исполнителей джаза Джерретт напишет: "Я думал только про одно – как извлечь правильные звуки из этого пианино..."

Тогда, на этом легендарном концерте, одинокий Джерретт, который не мог спрятаться ни за свингом и ритмом контрабаса или ударника, когда он, его каждый звук мгновенно становился достоянием людей, брал те сочетания нот, которые никогда ни раньше ни позже не повторял. Он думал только об одном: лишь бы вытянуть тот или иной звук... Поэтому как мог оттенял привычные звуки совершенно непривычными нотами и их полутонами. Этот концерт – это вершина гения. Его лебединая песня.

Я собрал около 40 дисков Джерретта, да еще около 15-ти на виниле, в том числе знаменитый живой концерт в Токио... Но то, что сделал тогда 24 января 1975 году около полуночи этот гений пианино в промозглом от зимней сырости вечернем Кельне, для забивших площадку 1400 людей, купивших по 4 марки (!) билетик, я больше никогда не слышал.

Послушайте. И умрите для всего мира на время разговора Джерретта с вами. Это того стоит. На сегодняшний день этот странный и даже просто случайный альбом является самым продаваемым альбомом джазового пианиста за всю историю джаза (!). С момента выхода Кельнского концерта Джерретта постоянно донимали пианисты, музыковеды, да и просто любители музыки с просьбой разрешить опубликовать партитуру этого чуда. Как ни странно Джерратта что-то удерживает от казалось бы обыкновенного действия: сыграл – публикуй. И только в 1990 году он разрешает публикацию партитуры с единственным и странным условием: последняя часть концерта должна быть только его музыкой, хотя до этого в концерте могут быть любые импровизации исполнителя. Вот так. А я понимаю его. Потому что эта последняя часть, это было, по сути, выступление на бис, тогда в Кельне, когда Джарретт на одном Духе и дыхании рождал гениальные звуки. А это может быть только раз в жизни...

Возьмите этот диск, а лучше винил 75 года, в руки, посмотрите на этого распатланного хиппи от джаза, великого романтика джаза, с отрешенно склоненной головой над гребенным пианино, прочувствуйте его муку и вечность, которую он так гениально легко, на одном дыхании рождает для вас с первых звуков знаменитого и истинно неповторимого Кельнского концерта 1975 года...

Этот диск надо слушать, когда у вас на сердце любовь... К кому угодно и к чему угодно. Хоть к кошке, хоть к Родине. Просто без любви вы его не поймете. Великого Джерретта, который тогда стонал над своими же звуками и выжил только благодаря любви... К вам и музыке...



5



Ulrich Drechsler Quartet, feat. Tord Gustavsen – Humans & Places, Label: Cracked Anegg Records/Norway, 2006. <http://www.ulrichdrechsler.com/>

Ульриха Дрехслера надо слушать в автомобиле. И только тогда, когда вы возвращаетесь домой с работы. А на работе вы целый день пахали и психовали, что вот вы пашете, а остальные ни хрена не делают или лучше бы они этого и не делали, потому что теперь вам это все надо теперь переделывать. Вы чертыхаетесь и натянуто улыбаетесь начальству и тем немногим друзьям, которых нечего грузить своими проблемами и своим настроением и мечтаете когда же этот день, блин, закончится. Так вот, именно после такого дня и поставьте диск Дрехслера. Нечастый инструмент в джазе – бас кларнет имеет одну особенность: помимо незабываемо-

го хрипло-низкого звука – он приближен по тону к человеческому голосу... Вот в этом неожиданном эффекте его звучания и вашего рефлексивного прислушивания и реагирования.

Так... Вы нервно, но все же осторожно и медленно выезжаете со стоянки, чертыхаясь неудачно припаркованной возле вас дебильной автомашине с дебильным водителем, нацепившим дебильный номер “кисса”. Вы выползаете на своем еще холодном авто в темноту быстро убегавшего от вас дня. Тяжело вздыхаете, покусываете губы. А в это время Ульрих начинает с вами разговаривать. Тихо и ненавязчиво, но упрямо и проникновенно. Ему вторит неповторный Торд Густавсен – пианист от Бога, с только ему присущей, норвежской меланхоличностью и чувством северной природы. Да, Дехслер с вами начинает вести диалог. Вы его перебиваете. Что-то кому-то доказываете. Психуете и злитесь тупости собеседника. Конечно вы сейчас необычайно умны и категоричны, доказательны и упрямы в достижении, перевоспитании, зарабатывании, пробивании... Да во всем. Жаль нет того, кому вы все это доказываете в своей голове. А Дехслер есть. И ему безразличны ваши психи и обиды. Ему вообще похер вся эта взбалмошенность вашего дня и дня человечества вообще. Он тихо ведет свой разговор. И вы начинаете делать паузы, затихать, ворчать с перерывами и наконец вы замолкаете. И слушаете. И вдруг вас как током пробивает: Он прав. Да, он прав! В своей хрипотце и философии медленной и размеренной жизни. Как же вы раньше этого не замечали? Да конечно – и этот автомобиль, который только что вас подрезал и ударил прямо перед вашим носом по тормозам. Он прав – он спешит, вы его понимаете и не злитесь... Пешеход... пьяный... грязный... едва не падает вам под колеса... наверное у человека проблема... может остановится и помочь... Но сзади настойчиво гудят – давай, давай, проезжай!.. Да, они спешат... значит им очень нужно спешить... они едут спасать... дарить любовь... они везут подарки любимым... они спешат разговаривать со своими детьми... понимать и любить своих престарелых родителей... они спешат помочь другу, который попросил займы и они летят отдать ему эти деньги... они хорошие и добрые...

Хрипит Дехслер, тихо вторит ветру родной Норвегии Густавсен... Они правы... Боже, как они правы...

Поставьте этот диск, когда сядете в автомобиль после рабочего дня. Поставьте, не пожалеете...



#6



Robert Johnson – Cross Road Blues. Компильация

... вот сижу в аэропорту. “опять дают задержку до пяти и граждане спокойно засыпают...” Да опять задержка. У Высоцкого была на Одессу, у меня – на Харьков. Аэропорт – как перекресток... Перекресток... Помните знаменитый блюзовый фильм “Перекресток” (Crossroads), 1986, реж. Уолтера Хилла? Не смотрели? Посмотрите! Класс! Настоящий блюзовый фильм. А знаете ли вы, что у главного героя этого фильма был очень реальный прототип – Роберт Лерой Джонсон (1911–1938) – один из самых чтимых музыкантов стиля дельта-блюз. Бомж, вечно голодный и странный, без крыши над головой. Бродяжничал, пил и ... играл и пел. Посмотрите на его фотографию, на его паучьи длинные и цепкие пальцы. на это лицо... ну-таки точно заключил договор с Люцифером и от этого стал непревзойденным блюзовым гением. Он имел очень длинные и развитые пальцы, которые несомненно способствовали его уникальной технике игры на гитаре. Некоторые нотные или аккордовые пассажи в его записях практически невозможно сыграть пальцами обычной длины. Как писал Роберт Сантелли в своей «Большой книге блюза» (The Big Book of Blues, 1993): «Если бы Роберта Джонсона никогда не было, то блюзу, пожалуй, стоило его придумать, ведь его история стала архетипом для блюзового образа жизни». За свою короткую бродяжническую жизнь он записал всего 29 трэков, при чем все они (!) стали общепризнанными шедеврами блюза. Легенда, которую сам музыкант с удовольствием поддерживал, гласит, что свое

виртуозное мастерство игры на гитаре Джонсон обрел, продав душу дьяволу на одном из перекрестков сельских дорог.

Он многое почерпнул, наблюдая, как играют на пикниках и вечеринках такие южные мастера слайд-гитары, как Лонни Джонсон, Чарли Паттон, Вилли Браун и Сон Хауз. Именно у Сона Хауза он перенял манеру вплетать ноты, сыгранные слайдом в обычный «пальцевый» гитарный аккомпанемент. Приблизительно в 1933 г. Роберт Джонсон встретился с Соном Хаузом и Вилли Брауном, и те пришли в восторг, услышав, как звучит его гитара. Он мог подхватить или повторить любую тему, которая только что прозвучала. Это было феноменально.

В 1930-е гг. Джонсон много путешествовал по Соединенным Штатам, чаще пешком, или в товарных поездах, побывал в Мексике и Канаде. Он никогда не выступал в больших концертных залах. Его площадками были городские улицы и сельские пивные, лагеря строителей или лесопилки, иногда – небольшие городские клубы. К концу жизни таки успел дважды записать свои песни. Первая запись была сделана в ноябре 1936 г. в Сан-Антонио в Техасе. В течение трех дней в гостиничном номере он записал 16 песен для «Американской компании грампластинок». Среди них были ставшие уже классическими I Believe I'll Dust My Broom, Sweet Home Chicago, Terraplane Blues, Cross Road Blues, Come On In My Kitchen и Walkin' Blues. Вторая сессия звукозаписи состоялась в июне 1937 г. на одном из далласских товарных складов. Здесь он наиграл и напел такие песни, как Traveling Riverside Blues, Love In Vain Blues, Hell Hound On My Trail и Me And The Devil Blues.



Когда слушаешь его ритмические пассажи, уходящие с низких в высокие тона, когда втягиваешься в этот ритм, который не оставит спокойный никого, начинаешь жить в его стуке колес поезда, бескрайних просторах нехитрого скольжения по грифу... нехитрого? Эээ нет. До сих пор исполнители этой вечной музыки ночи так и не могут взять некоторые аккорды бомжа ... продавшего свою душу дьяволу. Когда слушаешь блюз, возникает какое-то странное желание. Чего-то хочется, появляется время просто слушать или ставить неожиданные даже для себя умные или глупые вопросы типа: “Почему люди платят, чтобы забираться на высокие здания, а затем положить деньги в бинокль и смотреть на вещи на земле?”, или понимать выражение: “Когда хорошему человеку плохо – это Блюз...”

#7

Valentin Silvestrov – Silent Songs, Recorded 1986 in Moscow, (Sergey Yakovenko baritone, Ilya Scheps piano, Valentin Silvestrov piano) Label: ECM, New Series, 1998

Valentin Silvestrov – Dedication Post Scriptum (Sonata for Violin & Piano) – Gidon Kremer/ Munich Philharmonic, Label: Teldec, 450999206, 1996



На Валентина Сильвестрова надо настроиться. Его музыку легко подхватить и понести с утра не получится, как и расслабиться и отдохнуть. До музыки киевского гения надо созреть. Даже если хотите – дожить. Поставьте его диск только тогда, когда почувствуете желания понять смысл жизни. Как вам запрос? И я говорю: ни фига себе...

И если вы через пять минут начинаете ерзать и крутить головой – вы еще не созрели. Немедленно прекратите прослушивание. Значит ваше время еще киркорово-спирсово-мяукающее. Не обижайтесь... Ну бывает. Я тоже зрел, зрел и не сразу дозрел до этого гения. Более того, я и к источнику духовного минимализма пришел через постмодерн и только-только после понимания Арво Пярта. Хотя

тот же Пярт, сверхпопулярный на западе, считает, что единственно живущий гений в современном мире среди нас – это Валентин Сильвестров. Вы представляете, что он где-то сейчас попивает чай в своей тесной хрущевке Киева, этаким живенький старичок, а его произведения считают за честь исполнять хоры и филармонические оркестры Лондона,

Вены и Мюнхена, Нью-Йорка, Манчестера и Токио.

Необычный, и не прогнозируемый. Иногда до гениальности простой, до шлягерности понимаемый и легко воспринимаемый, а иногда настолько сложный и полипластичный, что еще на следующий день эхом звучат его темы. Если я когда-нибудь прочту лекцию по теории психоанализа, которую запланировал на следующий год, то я буду читать ее о Валентине Сильвестрове и Арво Пярте. Почему? Потому что вся аналитическая терминология как-будто создавалась именно для объяснения произведений этих композиторов.

От авангарда классики в советское время через додекафонию и наконец духовную музыку, но необычную, полифонную, и в тоже время изысканную в минимализме, пройдешь вместе с прослушиванием творчества Сильвестрова. Я наберусь смелости удержать вас от прослушивания его произведений и особенно последних лет до того, как вы прочтете книгу воспоминаний творческих веречей с Валентином Сильвестровым «Дождаться музыки» 2011 года. Книгу пыталось «прехватить» немецкое посольство с готовностью издать за свои деньги в Германии. Но эта книга принципиально вышла в Украине. Хотя чем то можно гордиться... Ладно...



Сильвестров романтик. Он тесно и сложно связан с музыкальной традицией, особенно – немецким романтизмом (Роберт Шуман), со звучащим поэтическим словом. Его творчество – один из наиболее глубоких образцов современного, пост-авангардного мелодического языка.

Хотите подумать о смысле жизни, о том, что вас ждет впереди, чего достигли, зачем вам все это... Хотите вкусить вечность через музыку? Слушайте великого и гениального живого (!!!) классика, киевлянина, тихо и по стариковски попивающего чай в своей квартирке – великого Валентина Сильвестрова.

8

Tord Gustavsen Trio – Changing Places, Label: ECM Records/Norway, 2003

Tord Gustavsen Trio – Being There, Label: ECM Records/Norway, 2007



...а вот на Торда Густавсена не надо настраиваться. Для его восприятия даже не нужны особые условия. Чтобы прослушать этот диск нужна... тишина. Да, именно тишина. Вообще как на мой, сугубо субъективный взгляд, Густавсен самый яркий представитель джаза севера Европы. Со всеми присущими именно этому джазу качествами: грустью, северной скупостью на слова и звуки, легкой меланхоличностью и неисчерпаемым романтизмом. Он действительно великий романтик. Один из главных норвежских джазовых пианистов. Романтик и лирик. Этот романтик со своей группой выпустил 4 альбома.

Группа состоит из самого Торда Густавсена (фортепиано), Харальда Джонсена (контрабас) и Ярле Веспестада (ударные). Второй альбом трио, The Ground, довольно долгое время был на 1-м месте по продаваемости в Норвегии. Торда называли «лирическим поэтом фортепьяно, мелодистом с удивительным даром чистоты и простоты в выражении сложных эмоций». Густавсен молод и умен. Прекрасное образование, кандидатская степень в 20 лет на непростую тему в области музыковедения и философии, по психологии и феноменологии импровизации «Диалектический эротизм импровизации» сделали его не только символом молодой романтики, но и интеллектуального романтизма. Но, давайте к его музыке.

Обложка первого альбома трио ассоциируется с северным сиянием и с присущей Скандинавии тихой, суровой меланхолии. Игра очень сдержанна и содержит мало внешних эффектов, но оказывает очень сильное эмоциональное воздействие на слушателей. Его музыка

может производить обманчивое впечатление своей красотой и изяществом, вызывая у некоторых обвинения в легковесности. Но вслушайтесь более внимательно, не идя на поводу расслабленного прослушивания. Сколько мельчайших деталей откроется Вам, сколько оттенков настроений и цветов, утонченных переживаний и звуковых экспериментов. Элегии, баллады, лирические композиции, широкие звуковые полотна, звуковые узорчатые акварели, импрессионистические импровизации – рай пианиста открывается вам.



Слушайте первый и второй его диски. Третий уже не то, а четвертый, с Силье Нергаард (женский вокал) мне вообще не пошел. Вернемся к первому и, как на мой взгляд, лучшему альбому Густавсена. Я уже сказал, что чтобы его послушать найдите полчаса-час тишины. Потому что эти тихие ноты его пианино нуждаются только в одном оттенении – северной тишиной. Хмурым небом, скудной зеленью среди камней и улетающей стаи гусей. Густавсен необычайно мелодичен, почти на грани в хорошем смысле попсы (согласитесь ведь вам нравится типично попсовая Yesterday Paul McCartney?). Да, так вот мелодия на грани легкости повторения и, в то же время, это великий и неповторимый джаз. Импровизация легкая и скользящая, стиль изысканный.

Музыка Густавсена идеально подходит под 10 летний ирландский Bushmills Original single malt и легкий сигарный аромат. Она вообще подходит, когда надо побыть в тишине, даже с кем-то. Без всякой натянутости совместного молчания. Цедите северный виски и ни о чем не думайте. Только не забудьте и не перепутайте – под музыку севера надо пить виски севера. ☺

Итак,, веколепный, заставляющий ни о чем не думать Торг Густавсен. Слушайте, наслаждайтесь, мне не жалко...



9

Kenny Drew, Nels-Henning Orsted Pedersen Duo Live In Concert Sleeple Chase

Kenny Drew – A Child is Born/Clark Terry – Funk Dumplin's

Kenny Drew – Moonlit Desert



Kenny Drew – Dark Beauty Sleeple Chase

Kenny Drew trio – Seasons Greetings Ponycanyon, 2006

...а вот тут мне жалко... Сейчас объясню... Я люблю исполнение Кенни Дрю. Но, понимаете, несколько странной любовью... Удивляю – любовью, построенной в том числе, на жадности. J Поверьте, я очень искренен сейчас с вами. Я не хотел писать о великом Дрю, потому что его люблю и мне жалко говорить вам об этом. Запутал? Ну хорошо, давайте проще. Вот я с товарищем, которого искренне уважаю, захожу в магазин дисков где-то в Милане или Мадриде. Я уважаю его эрудицию и вкус. Я к нему прислушиваюсь в советах и разъяснениях. Мы роемся в царстве дисков. Он пока не зна-

ет, что ищет, а я знаю – я ищу букву D, ибо там может тихо прятаться от этого мира очередной диск Дрю. Я его спрашиваю, затерявшись в этом лабиринте, где эта чертовая буква. Он показывает, тут же уточняет, что я там хочу найти. Я искренне отвечаю, что я ищу. И тут же жалею об этом. Ну то, что об этом сказал. Мой товарищ, с своей глобальной эрудицией выдает что то типа: “Да ну что ты... хочешь послушать классных пианистов, возьми и пошло и поехало. А мне становится обидно за Дрю... и за себя. Ну зачем я вслух произнес это имя? Зачем? Даже если бы он ко мне присоединился и начал бы нахваливать Дрю и вместе со мной искал, я бы тоже думал: “Ну на фига я ему это сказал? Вот сейчас он найдет и бросит в тележку с другими дисками и забудет. Ну не то... Эх длинный мой язык...”.

Дрю надо брать для себя и тихонько молчать об этом. Я люблю Дрю... Он необычный. Мне даже сложно сравнивать его с другими великими пианистами. Ну просто он другой. Я долго искал то слово, чем же так выделить его из ряда великих. И так нашел. Он... легкий. Да, именно необычайно легкий. Не в плане музыки. Тут он виртуоз и даже сложный в исполнении чего угодно, хоть стандартов. Он легок в изящном скольжении по клавишам. Это чувство, когда его слушаешь, а еще лучше когда смотришь (коль уже проговорился – зайдите на YouTube – посмотрите и послушайте), возникает обманчивое чувство, что вот так легко может получиться у вас, когда вы сядете за рояль. Ну не могут по другому скользить эти пальцы. В принципе не могут. Он играет настолько легко и изящно, чуть отклоняясь туловищем, чуть поворачивая лысую голову, что кажется, что музыка существует сама по себе и она, эта самая музыка, в силу того, что никто к ней не прикасается, совершенна, ее нельзя испортить. Вы бывали на рынке, где какой-либо умелец продает, например, дудки изготовленные им самим? Он тихонько наигрывает нехитрую мелодию тиская 3–4 дырочки, а вы стоите, смотрите минут 5–10 и понимаете, что вот так вы тоже можете и вам надо только купить эту самую дудочку. И вы покупаете и приходите домой и садитесь в такую же позу и берете точно так же в руки нехитрую дудочку с тремя дырочками и начинаете точно так же дуть в нее и ... ну, именно и... ндаа... все понятно. Вот когда слушаешь Дрю, всем существом чувствуешь, что это твоя музыка, ты точно так же сможешь... Потому что твоя музыка...



Кенни Дрю революций в джазе не делал, но играл потрясающе, особенно хороши альбомы с участием Нильса Педерсена (Niels-Henning Ørsted Pedersen), великолепного басиста (посмотрите именно их дуэт на YouTube). Такого гармоничного, хочется написать дуэта, потому что вся красота именно в игре Дрю и Педерсена, который не часто услышишь. Когда – то я заслушивался Кенни Дрю Трио, да и сейчас периодически с удовольствием слушаю. Большую часть своей карьеры Дрю провёл в Европе, может быть поэтому в отличии от своих американских коллег того периода был менее известен в джазовом мире, хотя в начале карьеры с самим Паркером играл и собственно был уже признан в Штатах. Но решил уехать в Европу... Там его приняли да и японцы не обделяли вниманием, охотно переиздают, а вот в целом... Вообще я заметил что Европа дурно влияла на джазовых исполнителей, именно на американских, примеров много, и были действительно, можно сказать, трагические случаи. Но с Кенни не всё так было плохо, много писался и, вообще-то замечательная карьера получилась. Да и как могла не получиться у Такого Исполнителя...

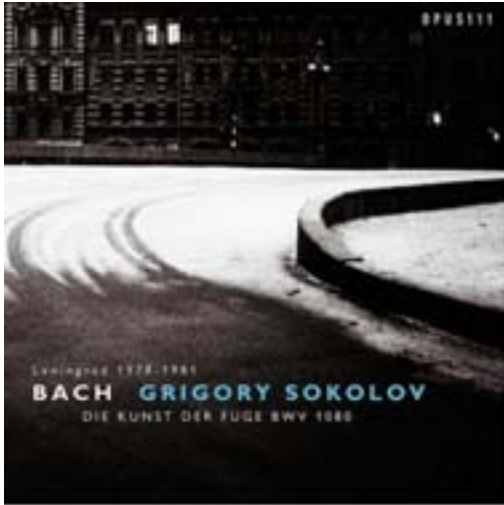
Я люблю Дрю... И мне уже жалко, что я сказал вам об этом...



10

Grigory Sokolov – Johann Sebastian Bach Die Kunst Der Fuge BMW 1080, Leningrad 1978–1981, Label: Opus 111, ASIN: B00005RCZ52 CD

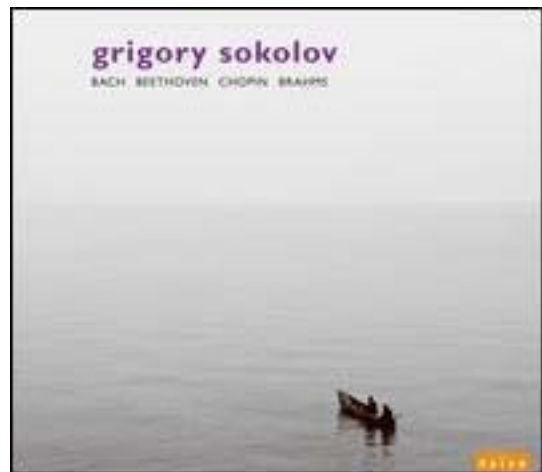
Grigory Sokolov – Bach, Beethoven, Chopin, Brahms [Box Set 5 CD], Label: Naïve (France)



Даже не знаю с чего начать, когда тебя распирают чувства на грани телесных реакций, когда слушаешь великого Пианиста Григория Соколова... я очень долго искал его записи, диски. Я не мог найти их в Париже, Мадриде, Барселоне, Берлине, Мюнхене, Риме, Флоренции, Милане, Праге... Все, перестаю перечислять города, где я не мог найти этого исполнителя. Нашел через интернет – магазин в Лондоне. Заказал. Получил. И... еще месяц не вскрывал диски. Почему? Сам не знаю... вот столько времени искал... слушал на YouTube... читал о Соколове... а вот они лежат передо мной 5 дисков, да еще бокс из пяти дисков записанных в разное время еще при Союзе в Ленинграде и Москве... а изданные во Франции только в 2000 году. Французы на корню закупили издательские права... может поэтому так сложно найти изда-

ния Соколова? Не знаю. Вот беру бокс неброско оформленный в бело-серых тонах, кручу в руках, вчитываюсь в мелкий шрифт подслеповато прищуривая глаза и... ставлю обратно. Может, потому что не хочу развеять полученное на живых картинках YouTube? Что-то такое, что уже делает этого исполнителя именно моим? Боюсь разочароваться? Но конечно же через какое-то время вскрываю и слушаю. Делаю вдох и выдох и перестаю дышать и тихонько ухожу в вечность великой музыки в исполнении великого Пианиста. Соколов живет музыкой. Есть такая пословица: «Глядите сквозь деревья – и вы увидите лес». Так вот, моя сверхзадача – смотреть сквозь ноты и увидеть музыку» – сказал однажды другой великий пианист – Николай Петров. Так вот это выражение именно о Соколове.

Когда я его слушаю, я понимаю, что я слушаю самого Баха или Бетховена. Именно так они думали... именно это хотели сказать этой музыкой... именно так переживали, радовались и плакали... Музыка в исполнении Соколова очень живая. Я понимаю, что употребляю странное словосочетание – живая музыка. Не в плане игры под фанеру. Это вообще было бы конщунством по отношению к Соколову. Нет. Я вкладываю в это понятие очень сложный мир переживаний самого исполнителя. Ведь согласитесь, что фуги Баха в наиболее полном собрании “Хорошо темперированном клавире” переиграли множество пианистов и органистов. Великих пианистов. Да тот же Гилельс или Петров с их абсолютной выверенностью каждой ноты, тона и полутона... все правильно... все замечательно... все восхитительно... А вот если захочешь повторно послушать того же Баха, рука потянется к диску Соколова. Он очень живой. В его исполнении – переживание самого Баха, пунктиром его эпоха, его утренняя ходьба в собор в Мюльзаузене или Веймере... его завтрак и его довольное или недовольное ворчание... его удовольствие от так и состоявшегося соревнования с известным французским музыкантом Луи Маршаном, втихоря ночью бежавшего из Мюльзаузена... Светские сочинения за чашечкой кофе в кофейне Циммермани... Его душа. Соколов как никто другой передает ту жизнь, и тех людей, во времена которых писалась эта музыка... полутона не только музыки, но и света через витражи.... Каааак он играет... Боже,.. кааак он играет... Он таки уносит на небеса...



Я очень люблю слушать Соколова. Но делаю это не часто. Он как изысканное вино. После которого хочется рассуждать о всех его преимуществах и неповторимости и понимать, что другого такого напитка нет и не будет. Но пить его ежедневно нельзя. Слишком он изысканен, чтоб его тиражировать, даже если ваш винный склад заполнен именно этим божественным напитком...



Слушайте Соколова только тогда, когда вас потянет в мир истинной изысканности... Духовной изысканности...



#11

Lee Morgan (with Bobby Timmons) – The Cooker, Label: Blue Note Records, (1578), 2006

Lee Morgan – The Best Of Lee Morgan, Label: Blue Note Records, 1998

[http://www.youtube.com/watch?v=_xqwSCMF2 ... re=related](http://www.youtube.com/watch?v=_xqwSCMF2...re=related)



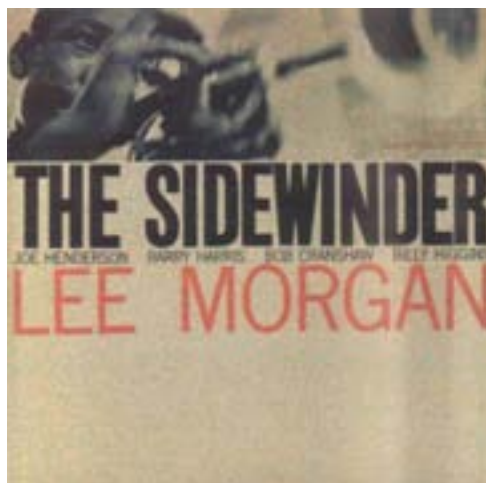
Я бы его тоже пристрелил. Если бы был его женщиной. Той, которой он говорил слова о любви в страсти ночного сплетения тел и ту, которую он называл единственной. И был так искренен. А у женщины это всегда порождает то основное, чего она хочет от мужчины – защиты и надежности...

А потом он выходил на сцену задымленного клуба и играл на своей трубе... Да так играл, что каждая женщина в этом задрюпанном и Богом забытом кабаке или клубе, каждая проститутка, которая на минутку зашла сюда погреться, все они понимали, что только их он любит, только им дарит эту самую любовь-защиту и надежность. Его труба – само продолжение Ли. Она, его труба, создана разговаривать о любви. Не спешной, нежной и доверительной и трогательной. Да так, что

чувствуешь, что начинает во рту пересыхать и коленки дрожать. И понимаешь, что хочешь его до потери сознания. И если еще чуть-чуть, только еще один пассаж, одно прикосновение – будет рай. Без него невозможно жить. Он твой и только твой. Ну как тут не ревновать. К нему. К его чертовой трубе, которая издает не столько звуки, а чувства. Он великолепен. Он красив, он молод. Он переполнен этой самой любовью и он щедро раздает ее сейчас, в этот зимний вечер посетителям ночного клуба. Он божественен в своих переливах и захлебывании трубы. Кааак он великолепен. А она обиженная, ей холодно, он окутывает ее в свой пиджак, пытаюсь успокоить – это ведь только игра, музыка. В пиджаке его револьвер. Она выходит на улицу и тут же возвращается. Выстрел. Он падает, она сползает на пол в рыдании. Он ее, только ее!

...скорая помощь застряла на засыпанных грязным снегом улицах Нью Йорка, а он истекает кровью от выстрела своей любимой, своей единственной... Самый молодой трубач, убитый в порыве ревности подружкой, на загаженном заднем дворе этого самого задымленного джазового клуба Slugs, где только что, минуту назад, он наполнил его своей необъятной любовью...

Его, теперь бывшая подружка Хелен (Helen More)



очень сожалела о содеянном, отсидела в тюрьме, никогда не желала обсуждать происшедшее ни с кем, дав лишь одно коротенькое интервью незадолго до своей смерти в 1996 году. В нем она сказала только одно: Я слишком сильно его любила...

Слушайте этот диск, перед тем как заняться любовью. Вбейте в себя всего Ли, неизрасходованные чувства и сладкую томность его трубы. Поверьте что он – это вы, тот единственный для нее – вашей единственной. И умрите на вершине оргазма – того выстрела в ночи Нью Йорка зимней слякотной ночи 19 февраля 1972 года. Проживите восторженно счастливо свои секунды...



12

Arvo Pärt – Tabula Rasa/Symphony No. 3, Label: ECM, New Series, 2000

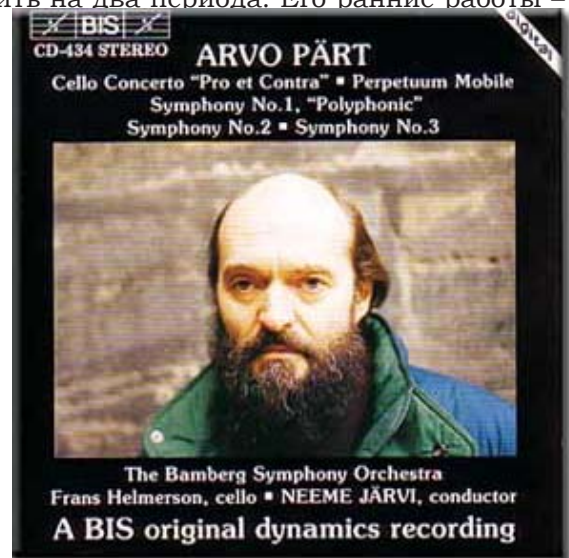


О музыке Пярта надо писать уважительно. И не потому, что это духовная музыка в необычном формате – духовного или святого минимализма, и даже не потому, что нынеживущего классика издадут лучшие грамзаписывающие компании, а его произведения звучат в лучших залах столиц Европы и Америки. Даже не поэтому. К его уникальному творчеству надо относиться уважительно, потому что, во первых, это того стоит и Пярт- это не сиюмодное увлечение музыкантов мира. А второе и самое, как на мой взгляд, важное – это то, что его талантливейшие произведения как и целое созданное им направление – tintinnabuli, возникло из его страданий и мытарств жизни, гонений и постоянных скитаний вне родины, критиканства и отвержения, из чувств, что жизнь закончилась и ты никому не нужен... Со-

гласитесь, что уже это достойно внимания присмотреться к композитору и спросить его: а как же ты выжил? Чем удержал себя в этой жизни? Как это срезонировало в тебе? Вот так и выжил, сплетая григорианские песнопения хора и стиль минимализма и рождая свой стиль, который сейчас восторженно принимают все, даже те пристарелые бывшие советские чиновники, быстро покаявшиеся в своих грехах, которые тогда практически выгнали молодого ищущего композитора из советской Эстонии. Да, Бог с ними. Может, если бы его тогда не травили и не гоняли, может быть мы и не имели эту непростую вроде и действительно односложно минимальную, но в то же время глубоко проникающую в твою душу мелодику и хоралы, симфонии и кантаты.

Творчество Пярта в принципе можно поделить на два периода. Его ранние работы – это вариации в пределах нео-классических стилей, созданные под влиянием его кумиров того периода – Шостаковича, Прокофьева и Бартока. Затем он начал сочинять с использованием Шенберга додекафонической техники и сериализма.

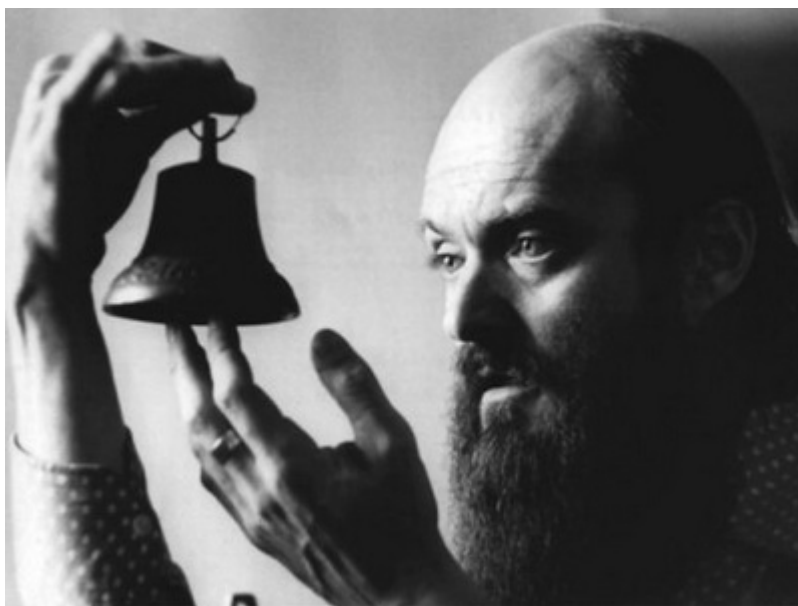
Его музыка характеризуется простыми гармониями, часто без всяких украшений одной ноты, или триады, которые лежат в основе западной гармонии. Это напоминает звон колоколов. Направление и музыка Tintinnabuli ритмично проста и не меняет темп в медленном течении музыкальной речи и повествовании. Еще одной характерной чертой более поздних работ Пярта является то, что они часто напоминают по параметрам священные тексты, хотя он в основном выбирает латинский или церковно-славянский язык, использует в православной литургии вме-



сто родного эстонского языка. Он очень полифоничен в своем минимализме. Но полифонию создаете вы, когда слушаете Пярта, в своей душе. Пярт гениально использует вас в качестве «доигрывания и дополнения» своих произведений. Слушая его, остаться равнодушным невозможно. Может поэтому получаются такие удивительные взаимодополняющие переплетения, как картинка и музыка (посмотрите документальный фильм о российской глубинке «Русский заповедник»* с музыкой Пярта, очень чистый фильм, душевно-духовный).

Арво Пярт очень продуктивен. Сам пережив несправедливость, он не очерствел и очень резонирует на несправедливость. В ответ на убийство русской журналистки Анны Политковской в Москве 7 октября 2006 г., Пярт заявил, что все его работы выполненные в 2006–2007 годах будут исполняться в память ее смерти... Его недавняя (2008) Симфония № 4 называется «Лос-Анджелес» и посвящена Михаилу Ходорковскому... Пярт очень чувствителен к душе людей и тому, что с ними делают, с этими душами. Станный он... Он редкое исключение двустушья Евгения Евтушенко: «Он знал, что вертится Земля, Но у него была семья...»

Послушайте это живого гения духовного минимализма... Прикасайтесь к душе страдающей и чистой, дарящей вам что-то значительно большее, чем застрашная беготня, работа, бестолковые собрания, просиживание штанов на никому не нужных заседаниях и быстро закончившегося дня, который очередной раз подтвердил вам, что опять ничего вы не успели... Вот в альтернативу всему этому найдите час, даже заставьте себя найти этот час времени и замрите... С вами начинает разговаривать немолодой и повидавший многое в этой жизни, мудрый и духовный, великий эстонец – Арво Пярт.



* фильм о захолустье – деревне Жарки, Ивановской области. Кажется, совсем забытой Богом. Фильм о одном дне из жизни сельского священника Виктора Салтыкова. Режиссеру удалось показать место, в котором живет человеческая душа, равнодушная, способная согреть, подтолкнуть и наполнить смыслом жизнь.. Гран-при Международного кинофестиваля «Радонеж» и первого международного фестиваля экологических фильмов «Золотой Витязь».